



● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

2009 Vantaa Tikkurila

Syömishäiriö-kansio nuorisopsykiatrian tutkimus- ja hoito-osasto P 7:lle

Vuosi 2009

sivumäärä 58

Opinnäytetyöni aiheena oli tehdä syömishäiriökansio Peijaksen nuorisopsykiatrian tutkimus- ja hoito-osasto P 7:lle. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus syömishäiriöistä sekä katsaus syömishäiriöistä tehdyistä tutkimuksista. Syömishäiriökansiossa on useita eri osioita aiheen mukaan jaoteltu, olen koonnut sinne mahdollisimman laaja-alaisesti tietoa syömishäiriöistä, syömishäiriöisen nuoren hoitotyöstä sekä ravitsemuksesta. Kansio sisältää myös konkreettisia työvälineitä hoitohenkilökunnalle, joita voi käyttää syömishäiriöisen nuoren hoitotyössä. Lisäksi kansiossa on oma osia kolmannen sektorin tarjoamalle tuelle syömishäiriöiselle nuorelle, sekä hänen perheelleen.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että jokainen syömishäiriöisen nuoren hoitoon osallistuva saa lisää tietoa ja välineitä työhönsä, ja että syömishäiriöiset nuoret osasto P 7:llä saavat hyvää ja ammattitaitoista hoitoa syömishäiriöönsä. Syömishäiriöisen nuoren hoitotyö on moni ammatillista yhteistyötä, näin ollen eräs tavoite on kansion avulla lisätä syömishäiriöisen hoitoon osallistuvan moni ammatillisen tiimin yhteistyötä ja luoda osastolle yhtenäisiä hoitokäytäntöjä. Myös perheellä on tärkeä rooli syömishäiriöisen nuoren hoitotyössä.

Opinnäytetyöni on tehty pääasiassa hoitajan näkökulmasta niin, että se antaa hoitajalle mahdollisimman hyvät valmiudet hoitaa syömishäiriöstä kärsivää nuorta. Työssäni olen keskittynyt myös nuoren näkökulmaan. Avain syömishäiriöisen nuoren hoitoon on nuoren oman motivaation löytäminen ja sen vahvistaminen. Nuori otetaan myös mukaan päätöksentekoon ja päätökset olisikin hyvä pyrkiä tekemään yhteistyössä nuoren ja hänen perheensä kanssa.

Avainsanat: Syömishäiriö, nuori, hoitotyö, ravitsemus, moni ammatillinen yhteistyö, perhe

an Eating disorder file for youthpsychiatric research and treatmentunit of Peijas hospital unit P7

Year 2009

PAGES 58

The Subject of my thesis was to make an eating disorder file for youth psychiatric research- and treatment unit of Peijas hospital unit P7. My thesis is an literature overview of eating disorders and research made about them. Folder includes different sections that are divided by topic. In the eating disorder file I have gathered as widely as possible information about different eating disorders, treatment and nutricion. File also includes real life tools for the treatment staff , which can be used in treating a teen with eating disorder. I also included an own section that involves supporting a teen who has an eating disorder and his/her family for the third sector.

The Goal of this thesis is, that everyone involved in treating teens with eating disorder have more information and tools for their job, and that the teens of the unit P7 can get the best possible treatment for their disease. Treating a teen who has an eating disorder is multi professional teamwork. One of the goals beside this folder is to encrease the personels, that treat teens with this sickness, multi professional teamwork and create identical carepractises. Family also has a big part in treating a young with eating disorder.

In this thesis I have gathered information about eating disorder as a sickness, its causes, symptoms, consequences and recovering. I have also written about treatment of a teen who has an eating disorder from the treatment staffs point of view so that it gives the best possible acquirements for treating teens who have an eating disorder. I also focused on the teens point of view. The key to treating teens with this sickness is to find their own motivation and strenghten it. Teen is also included in the decision making and decisions should be made in co-operation with the teen and his/her family.

keywords: eating disorder, young/teen, carepractise, nutricion, multi professional teamwork, famil

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
1.1	opinnäytetyön aihe ja tavoitteet	7
1.2	Nuoruusiän määritelmä.....	9
2	SYÖMISHÄIRIÖN TAUDINKUVA JA ESIINTYVYYS.....	10
2.1	Syömishäiriö määritelmä	11
2.2	Syömishäiriöiden syyt.....	13
2.2.1	Yksilönäkökulma	14
2.2.2	Perhenäkökulma	15
2.2.3	Sosiaalinen näkökulma	16
2.3	Syömishäiriöiden liitännäisoireet ja -häiriöt	17
2.4	Syömishäiriöiden seuraukset.....	18
2.4.1	Vaikutus hampaistoon	18
2.4.2	Vaikutus kasvuun, luustoon ja hormonaalisiin tekijöihin.....	19
2.5	Poikien syömishäiriöt	20
2.6	Syömishäiriöstä parantuminen.....	22
3	SYÖMISHÄIRIÖPOTILAAN HOITOTYÖ OSASTOLLA	23
3.1	Moni ammatillisuus syömishäiriöiden hoidossa.....	24
3.1.1	Lääkäri	24
3.1.2	Sairaanhoitaja	25
3.1.3	ravitsemusterapeutti.....	25
3.1.4	Fysioterapeutti.....	26
3.1.5	Toimintaterapeutti	27
3.1.6	Hammaslääkäri/ suuhygienisti.....	27
3.1.7	Psykoterapeutti	27
3.1.8	Hoidon tavoitteet	28
3.2	Hoitosuhde	29
3.2.1	Työskentelyvaihe	29
3.2.2	Yhteisöllisyys.....	32
3.2.3	Hoitosopimukset.....	32
3.2.4	Aliravitun potilaan tavoitepaino ja painon välitavoitteet	33

3.2.5	Omahoitajana toimiminen.....	33
3.2.6	Psykoedukaatio.....	34
3.2.7	Syömishäiriö potilaan liikunta	35
3.2.8	Syömishäiriön psykologinen merkitys potilaalle	35
3.3	Syömishäiriöisen muutoksen vaiheet.....	36
3.3.1	Esiharkintavaihe:.....	36
3.3.2	Harkintavaihe:	36
3.3.3	Valmistautumisvaihe:	36
3.3.4	Muutos- tai toimintavaihe:.....	37
3.3.5	Ylläpitovaihe:.....	37
3.4	somaattinen seuranta ja hoito.....	37
3.4.1	Oksentaminen	37
3.4.2	Ulostuslääkkeet.....	39
3.4.3	Paino.....	39
3.4.4	Punnituskäytännöt.....	40
3.4.5	Painokeskustelu potilaan kanssa.....	41
3.5	Perheen merkitys.....	42
3.6	Kuntoutuminen ja sairaalahoidon päättymisvaihe	43
3.7	Hoitajan oma jaksaminen	45
4	RAVITSEMUSHOITO	46
4.1	Aliravitsemuksen arviointi	47
4.2	Fyysiset puutosoireet.....	48
4.3	Alipainoisen potilaan ruokavalio.....	49
4.3.1	Ruokavalion energiataso	50
4.3.2	Ruokailu	50
4.3.3	Nenä-mahaletku.....	51
4.4	Ylläpitoruokavalio	51
4.5	Ravitsemus kotiutuessa.....	51
5	POHDINTA	52
5.1	Pohdintaa omasta oppimisesta.....	53
5.2	Eettisyys ja luotettavuus	53
5.3	Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet.....	54
	LÄHTEET	55
	LIITE1.....	57
	LIITE2.....	58

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt alkavat useimmiten nuoruusiässä ja ne ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Syömishäiriöt ovat luonteeltaan pitkäkestoisia, keskimääräinen sairausaika on 6-7 vuotta (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:326). Myös lapset, miehet tai aikuiset voivat kärsiä syömishäiriöstä (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:9). Syömishäiriöiden syitä tunnetaan vielä huonosti, mutta syitä on etsitty mm. kulttuurisista vaikutteista ja kasvuun ja kehitykseen liittyvästä kriisistä. Suurin osa syömishäiriöistä hoidetaan avohoidon puolella, vain vakavimmat syömishäiriöt hoidetaan osastohoidossa, joko syömishäiriöyksikössä, somaattisella- tai psykiatrisella osastolla. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:329.) Syömishäiriöisten hoito on moni ammatillista tiimityötä (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:14- 15).

Anorexia nervosaa on tutkittu viimeisten vuosikymmenien aikana runsaasti ja erityisesti 1990-luvulta lähtien kiinnostus sitä kohtaan on lisääntynyt nopeasti. Hoitotyön näkökulmasta tutkimustietoa nuorten syömishäiriöistä löytyy toistaiseksi melko niukasti. Tämä saattaa johtua siitä, että nuorisopsykiatria on lääketieteen suppea erikoisala, ja vasta vuodesta 1994 lähtien se on eriytynyt omaksi itsenäiseksi erikoisalaksi. (Kuosmanen, 2000:4.) Aihe on lisäksi hyvin laaja johtuen siitä, että syömishäiriöisen hoitoon osallistuu moni ammatillinen hoitotiimi, joka koostuu useasta eri ammattikunnasta. Syömishäiriöisen nuoren hoitoon osallistuu usein psykiatriaan erikoistunut lääkäri, pediatri, psykologi, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykoterapeutti, hammaslääkäri, gynekologi, nuori itse sekä nuoren perhe. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:14- 15).

Syömishäiriöitä on ollut olemassa jo satoja, jopa tuhansia vuosia. 1600-luvulla on kirjoitettu ensimmäinen lääketieteellinen raportti anorexia nervosasta (Charpentier, 1998:7.) Ranskalainen lääkäri Ernest Lase`que käytti ensimmäisen kerran nimitystä anorexia vuonna 1873. Hän määritteli tällöin anorexian ruoka- ja elämänhalun menettämiseksi. (Kuosmanen, 2000: 4) Monet tutkimukset viittaavat siihen, että syömishäiriöt yleistyivät selvästi länsimaissa 1900-luvun jälkipuoliskolla. On epävarmaa, johtuuko syömishäiri-

öiden yleistyminen tilastoharhasta eli sairauksien parantuneista tunnistus- ja hoitomahdollisuuksista, vai onko kyse esimerkiksi viime vuosikymmenet vallinneen laihuutta ihanhoivan muodin vuoksi. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:23.)

Laihuushäiriö vaatii aina erikoissairaanhoidotason diagnostisen ja hoidollisen arvion. Laihuushäiriön hoito jakautuu kahteen osaan: ravitsemustilan korjaamiseen ja psykoterapeuttiseen hoitoon. Hoidon tulee alkaa alipainaisuuden korjaamisesta ja mikäli laihuus on henkeä uhkaava, hoito tulee aloittaa sairaalassa. Avohoidossa hoito voidaan aloittaa, jos painoindeksi on yli 13kg/m², hoitomotivaatiota on, ei ole vakavia lääketieteellisiä löydöksiä ja potilaalla on tukea antava perhe ja muu verkosto on mukana hoitamisessa. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:328- 329.)

Nuorisopsykiatrisella osastolla hoidon tavoitteita ovat syömishäiriökäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, nuoruusiän kehityksen jatkuminen, terveen minä- ja kehon kuvan rakentuminen sekä syömishäiriötaustan selvittäminen. Osastohoidon aikana myös arvioidaan ja järjestetään nuorelle tarvittava jatkohoito. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:15.)

Hoitokäytännöt vaihtelevat eri maissa, Keski-Euroopassa on tavallista, että hoito alkaa 6-8 viikon sairaalajaksolla. Meillä sairaalahoitoon päädytään vain erityistilanteissa. Sairaalahoitoa voidaan antaa joko somaattisella tai psykiatrisella osastolla. Jos painoindeksi on alle 13 kg / m², tai paino on laskenut 25 % kolmenkuukauden aikana on ensisijainen hoitopaikka somaattinen sairaalaosasto. Somatiikan puolella hoidetaan myös jos syömishäiriöisellä on vakavia elektrolyytti- tai aineenvaihduntatasapainon häiriöitä, systolinen verenpaine on alle 70mmHg, pulssi alle 40/min tai löytyy EKG-muutoksia. (Metsärinne, 2009.) Suomessa on vuonna 2002 otettu käyttöön valtakunnallinen käypähoitosuositus lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Käypähoitosuositus on päivitetty 20.8.2009. (Käypä hoito, 2009.)

1.1 opinnäytetyön aihe ja tavoitteet

Opinnäytetyöni aihe on syömishäiriökansio nuorisopsykiatrian tutkimus- ja hoito-osasto P 7:lle. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Aiheen opinnäytetyölleni sain nuorisopsykiatrian tutkimus- ja hoito osastolta, P 7:ltä, jossa

työskentelin. Osastonhoitaja ja työtoverit kertoivat, että tarvetta syömishäiriökansiolle olisi, sillä sellaista ei osastolla ennestään ollut, ja osastolla hoidetaan myös syömishäiriöisiä nuoria. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä syömishäiriökansio Peijaksen nuorisopsykiatriselle tutkimus- ja hoito-osastolle. Syömishäiriöiden lisääntyä myös syömishäiriöt ovat yleistyneet nuorisopsykiatriassa. Syömishäiriöitä hoidettaessa tarvitsee paljon siihen liittyvää tietoa sekä hyvää moni ammatillista tiimityötä.

Tavoite on tehdä syömishäiriökansiosta selkeä ja kattava kokonaisuus. Kansion idea on, että sitä on helppo päivittää ja kehittää jatkossakin. Syömishäiriökansio koostuu monesta eri osiosta, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin osaston tarpeita. Tavoitteena on, että jokainen syömishäiriöisen nuoren hoitoon osallistuva saa lisää tietoa ja välineitä työhönsä, ja että syömishäiriöiset nuoret osasto P 7:llä saavat hyvää ja ammattitaitoista hoitoa syömishäiriöönsä. Tavoitteena on myös luoda osasto P7:lle yhteisiä hoitolinjoja syömishäiriöisten nuorten hoitotyöhön. Eräs tavoite on kansion myötä myös syömishäiriöisen hoitoon osallistuvan moni ammatillisen tiimin yhteistyön lisääntyminen ja yhteneväisten hoitokäytäntöjen luominen.

Opinnäytetyössäni olen keskittynyt hoitotyön näkökulmaan, mutta myös paljon ravitsemukseen, sillä osastolla olevat nuoret eivät tapaa ravitsemusterapeuttia säännöllisesti kuten useilla syömishäiriöisten hoitoon keskittyneillä osastoilla. Osasto on myös erillään muusta sairaalasta, joten tästä syystä oli tärkeä koota samaan kansioon tärkeät hoitotiimiin kuuluvat henkilöt ja heidän yhteystietonsa. Kansio koostuu eri osista. Alussa on hoitotiimiin osallistuvien henkilöiden yhteystiedot. Seuraavana kansiossa on varsinainen opinnäytetyö. Opinnäytetyö jakautuu siten, että alussa on yleistä tietoa syömishäiriöistä. Seuraavassa osiossa keskityn syömishäiriöisen nuoren hoitoon osastolla hoitotyön näkökulmasta. Lopuksi on osio ravitsemushoidosta, sillä se on iso osa syömishäiriöisen nuoren hoitotyötä osaston arjessa. Opinnäytetyön liitteinä on välineitä, joita on helppo käyttää hoitotyön apuna. Liitteenä on myös eri yhdistysten materiaalia hoitohenkilökunnalle tiedoksi sekä syömishäiriöiselle ja hänen perheelleen jaettavaksi. Kansiossa on myös osiot hoitotiimin jokaiselle toimijalle, ja näitä osioita on tarkoitus jatkossa täydentää uusien tutkimuksien ja ohjeiden.

Syömishäiriökansion rungon olen pyrkinyt tekemään sellaiseksi, että tietoa on helppo päivittää ja kansiota täydentää. Potilastyössä käytettävää materiaalia olen koontanut myös kansioon ja ne on tallennettu myös tietokoneen asemalle, josta löytyy osasto P 7:n muutkin lomakkeet. Syömishäiriökansion runko on seuraavanlainen:

1. Yhteistyö- ja yhteystietoja (Tämä osio sisältää osasto P 7 syömishäiriöisen potilaan hoitoon osallistuvien hoitotiimin jäsenten yhteystiedot, sekä yhteistyösairaaloiden tiedot.)
2. Opinnäytetyö (Tässä osiossa on kirjallinen opinnäytetyöni.)
3. Ravitsemus ja ruokailu (Osiossa on ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvää materiaalia.)
4. Painokäyrälomake ym. lomakkeet
5. Fysioterapia (Syömishäiriöisen potilaan fysioterapiaan liittyvää materiaalia.)
6. Käypähoitosuositus (Käypähoitosuositus lasten- ja nuorten syömishäiriöistä.)
7. Syömishäiriöliitto ym. materiaalia
8. Koulutus materiaalia (Hoitohenkilökunnan lisäkoulutus materiaalia.)
9. Artikkeleita (Artikkeleita syömishäiriöistä.)

Henkilökohtaisena tavoitteenani on oppia hoitamaan mahdollisimman ammattitaitoisesti ja hyvin syömishäiriöisiä nuoria. Tavoitteenani on siis kehittyä ammatillisesti paremmaksi sairaanhoitajaksi. Tärkeä tavoite on myös kehittää omaa työtä ja jakaa tietoa muullekin työryhmälle.

1.2 Nuoruusiän määritelmä

Nuoruus on kehitysvaihe, jonka tarkoituksena on lapsen vähittäinen irrottautuminen lapsuudestaan ja oman persoonallisen aikuisuuden löytäminen. Voimakas, yksilöllisesti ajoittuva ja toteutuva kasvuprosessi aiheuttaa sellaisia ruumiin, mielen ja koko yksilön elinpiiriin muutoksia, joissa keholliset, hormonaaliset, psykologiset ja sosiaaliset tapahtumat muodostavat erottamattoman kokonaisuuden. Ruumiin ja mielen yhteys säilyy koko kasvuprosessin ajan niin, että nuoren mielenterveyden häiriöt ilmenevät usein myös ruumiillisina oireina. Nuoruuden kehitysvaiheet jaetaan kolmeen vaiheeseen: Varhaisnuoruus 11- 14- vuotta, keskinuoruus 15- 18-vuotta sekä nuoruuden jälkivaihe 19-22-vuotta. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:46- 47.)

Varhaisnuoruuden kehitystehtävä on muuttuva suhde omaan kehoon. Varhaisnuoruus alkaa puberteetin myötä. Hormonitoiminnan aktivoituminen aiheuttaa kasvupyrähdyksen ja koko kehon muuttumisen. Muutokset hämmentävät ja aiheuttavat nuoren entisen ruumiinkuvan hajoamisen ja kehon hallitsemisen vaikeuden. Varhaisnuori on koston tunteen tietoinen kehostaan ja sen rajoista. Nuori pyrkii hallitsemaan kasvavaa viet-

tipainetta eri tavoin kuten esimerkiksi yksin olemalla. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat kiinnostavat molempia sukupuolia, ja itsetyydytys on normaali tapa tutustua seksuaalisesti kypsyvään kehoon ja purkaa viettipainetta. Tyttöjen vaikeus integroida naisellista aikuistuvaa identiteettiään saattaa näkyä joko liian varhaisena ja vapaana seksuaalisena käyttäytymisenä tai seksuaalisuuden täydellisenä torjumisena, joka saattaa johtaa laihuushäiriöön. Varhaisnuoret ovat mielialtaan ja käytökseltään ailahtelevia. He etsivät rajojaan käyttäytymällä normien vastaisesti sekä vastustamalla aikuisia. Liiallinen sallivuus ei tue nuoren kasvua. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:46- 47.)

Keskinuoruuden kehitystehtävä on muuttuva suhde vanhempiin. Keskinuoruudessa nuori etsii omaa itseään ja minuuttaan erilaisten harrastusten ja roolikokeilujen myötä. Vanhemmat säilyvät nuoren tärkeimpinä aikuisina, mutta tunnesuhteen laatu muuttuu ja ero vanhemmista tapahtuu surutyön kautta. Tässä vaiheessa nuoren minä (ego) on herkkä ja haavoittuva ja nuori on altis kaikenlaisille erokokemuksille. Nuoren elämässä ja ihmissuhteissa tulisi olla jatkuvuutta ja erokokemusten haavoittava merkitys olisi nähtävä. Nuoren kehitystä edistää ja irrottautumista vanhemmista edesauttaa ikätoverien seura sekä erilaiset harrastukset. Tässä nuoruuden vaiheessa on huolestuttavaa, jos nuoren ystävyssuhteet katkeavat ja hän jää vaille ikätovereilta tulevaa kasvuvoimaa. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:46- 47.)

Nuoruuden viimeisen vaiheen eli jälkivaiheen kehitystehtävänä on lopullisen aikuisen persoonallisuuden eheytyminen. Nuoruusiän loppuvaiheessa minäkuva lujittuu ja nuoren kokonaispersoonallisuus eheytyy. Terveellä tavalla nuoruusiän tapahtumat läpikäynyt nuori alkaa olla valmis ja kykenevä itsenäistymään ja irrottautumaan lapsuudenkodistaan. Tässä kehitysvaiheessa nuori on löytänyt suunnan omalle elämälleen, ja hänen maailmankatsomuksensa alkaa muotoutua. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:46- 47.)

2 SYÖMISHÄIRIÖN TAUDINKUVA JA ESIINTYVYYS

Tyypillisimmillään laihuushäiriö alkaa vähitellen aikaisemmin terveellä ja ongelmattomalla nuorella. Se voi alkaa laihdutusyrityksestä nuorella, joka kokee itsensä liian lihavaksi ja joka pyrkii aluksi rajoittamaan ruokavaliotaan terveelliseksi. Vähitellen ruokava-

lio muotoutuu yhä niukemmaksi. Laihtuminen voi tapahtua joko nopeasti tai niin hitaasti, ettei ympäristö sitä huomaa. Usein häiriöstä kärsivät jatkavat elämäänsä normaalisti, joten aliravitsemustilan toteaminen on usein perheelle yllätys. Tyypillistä on, että lai-huushäiriöiset nuoret kieltävät oireensa, minkä vuoksi heidän motivoimisensa hoitoon voi olla pitkäaikaista ja vaikeaa. Ahmimishäiriö ei näy päällepäin samoin kuin lai-huushäiriö, koska potilaat ovat usein normaalipainoisia, vaikka kokevat itsensä lihaviksi ja haluavat laihtua. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:327- 328.)

Laihuushäiriön kanssa voi samanaikaisesti esiintyä ahdistuneisuushäiriöitä, masennus-ta ja pakko-oireisia häiriöitä. Ahmimishäiriöön saattaa taas liittyä muitakin impulssikont-rollin häiriöitä kuten liiallista päihteiden käyttöä, itsetuhoista käytöstä tai masennustilo-ja. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:328.)

Laihuushäiriön esiintyvyys tytöillä on 0,2- 0,8 % ja pojilla kymmenesosa tästä. Lapsuu-nessa alkaneista syömishäiriöistä noin 30 % esiintyy pojilla. Ahmimishäiriö alkaa ylei-simmin nuoruusiän loppuvaiheessa ja sen esiintyvyys yläasteikäisillä on 2 %. Epätyy-pillinen syömishäiriö on yleisin syömishäiriön muoto ja sitä esiintyy noin 5 %:a nuorista. (Käypä hoito-toimitus. 2004.)

Laihuushäiriön tavallinen ilmenemiskä ajoittuu vaiheeseen lapsuudesta puberteettiin siirryttäessä, usein 14- 16. ikävuoden tai joskus vasta 18.vuoden lähetyville. Ahmimis-häiriö ilmenee tyypillisimmillään siirryttäessä nuoruudesta varhaisaikuisuuteen, tyypilli-sin hoitoon tuloikä on 19- 20 vuotta. Kaikkia syömishäiriöitä esiintyy tytöillä enemmän kuin pojilla; tyttöjen ja poikien osuuden suhdelukuna on kirjallisuudessa esitetty 10-15:1. Syytä erilaiseen sukupuolijakaumaan ei tunneta. 14- 16 vuotiaista noin yksi 150:stä kärsii laihuushäiriöstä. Laihuushäiriön esiintymistiheys on nykyisten arvioiden ja laajojen kartoitusten perusteella jatkuvasti lisääntynyt, mutta kasvu on tasaantunut 1990-luvun alkupuolella. Kliinisen kokemuksen perusteella syömishäiriöt suomessa ovat yleistyneet. Kouluterveys 1997-tutkimuksen perusteella (14- 16-vuotiaille tehty tutkimus) bulimian esiintyvyydeksi tuli tytöillä 1,8 % ja pojilla 0,3 %. Bulimian kaltaisista käyttäytymisoireista ilmoitti 14,4 % kaikista oppilaista. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:326.)

2.1 Syömishäiriö määritelmä

Nykyisen käsityksen mukaan syömishäiriö voi alkaa missä iässä tahansa, vaikka tyypillisin alkamisikä onkin nuoruusvaihe. Syömishäiriöillä tarkoitetaan ruuan käyttämistä muuhun tarkoitukseen kuin ravinnon tarpeen tyydyttämiseen. Hilde Bruchin määritelmän mukaan ruoka on syömishäiriöiselle nuorelle välikappale, jonka avulla hän voi välttää tiedostamattomia sisäisiä tai ulkoisia psykologisia ristiriitoja. Syömishäiriö on siis ratkaisu tiedostamattomaan ongelmaan. Ruuasta tulee nuoren mielen keskeinen kiinnostuksen kohde, ja siihen liittyvät rituaalit tarjoavat nuorelle mielen suojan. Koska häiriö toimii ongelman ratkaisuna ja mielen suojana, on siitä luopuminen nuorelle usein vaikeaa. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:324.)

Syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön, epätyypilliseen laihuushäiriöön sekä ahmimishäiriöön. Laihuushäiriössä ruumiinpaino tulee olla vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksin (BMI käytetään 16 vuoden iästä lähtien) korkeintaan 17,5. Lisäksi painonlaskun täytyy olla henkilön itsensä aiheuttama siten, että hän välttää lihottavia ruokia ja hänellä saattaa esiintyä muita laihuutta tukevia toimintoja kuten itse aiheutettua oksentelua, liiallista liikuntaa tai ulostus- tai nesteenpoistolääkkeiden käyttöä. Laihuushäiriöstä kärsivä potilas on omasta mielestään liian lihava ja hän pelkää kovasti lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä, joka muodostaa erityisen psykopatologian. Epätyypillisen laihuushäiriön diagnoosia käytetään potilailla, joiden kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta joilta puuttuu yksi tai useampi laihuushäiriön avainoireista. Epätyypillinen laihuushäiriö diagnoosi sopii parhaiten myös silloin, kun kaikki avainoireet esiintyvät, mutta lievinä. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:325.)

Ahmimishäiriön diagnostisiin kriteereihin kuuluu toistuvat ylensyömisjaksot (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Lisäksi potilaan ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä. Potilas pyrkii estämään ruuan lihottavat vaikutukset. Usein hän käyttää jotakin tai joitakin seuraavista tavoista: itse aikaansaatu oksentelu, ulostuslääkkeiden väärinkäyttö, ajoittainen syömättömyys, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttö. Ahmimishäiriöstä kärsivä diabetespotilas saattaa jättää insuliinin ottamatta. Ahmimishäiriöpotilaalla on käsitys, että hän on lihava ja hänellä on myös voimakas lihomisen pelko. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:325.)

Syömishäiriöt voidaan nähdä myös laajempänä häiriöiden kirjona. Syömishäiriöisistä ainakin laihuushäiriö voi ajan kuluessa muuttua oirekuvaltaan, noin 30- 50 % entisiä

anorektikkoja tulee ahmijoita tai ylipainoisia aikuisia. On myös ihmisiä, jotka jatkuvasti kamppailevat sisäisen ruokailukontrollin kanssa ja pyrkivät pysymään laihoina, mutta jotka eivät elämänsä missään vaiheessa täytä syömishäiriöiden kriteereitä. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:326.)

2.2 Syömishäiriöiden syyt

Syömishäiriöitä pidetään yleensä etiologialtaan monitekijäisinä. Niiden syitä on etsitty niin yksilö- kuin perhepsykologiankin poikkeavuudesta sekä elimistön fysiologiasta ja hormonaalisista tekijöistä. Nuoruuden erityinen kehityksellinen vaikeus ja aikuistumisen pelko ovat olleet tutkimuksen kohteena. Häiriön puhkeamiseen liittyy altistavia, laukaavia ja ylläpitäviä tekijöitä, jotka voivat liittyä yksilöön, lähiympäristöön, perheeseen tai kulttuuriin. Länsimaisessa teollistuneessa kulttuurissa on laihuutta ja ulkonäköä korostuneesti ihannoiva kauneuskäsitys. Ylikansallinen media viestittää mielikuvia tehokkaasti. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:327.) Esikuvina ovat usein langanlaihat mannekiinit, joista osa sairastaa itsekkin jotain syömishäiriön muotoa. Itsestään epävarma nuori voi ajatella sosiaalisten ongelmiensa helpottuvan jos hänestä tulee hoikka ja viehättävän näköinen (Charpentier, 1998:10.)

Myös laihdutuksesta erilaisine dieettiohjeineen ja -ohjelmineen on tullut osa kaupallista kulttuuria. Todennäköisesti kulttuuriset tekijät altistavat syömishäiriön synnylle, mutta ne eivät yksin selitä sitä. Balettianssijoiden, naisvoimistelijoiden ja muiden keveyttä ja pienikokoisuutta edellyttävien lajien harrastajat kärsivät myös syömishäiriöistä enemmän kuin muiden lajien harrastajat. Yksilötasolla on arveltu, että fyysiset puberteetti-muutokset, hormonaaliset muutokset ja kehon rakenteen muutokset liittyvät syömishäiriön syntyyn ja erityisesti laihuushäiriön puhkeamiseen. Minkään yksittäisen lapsuuden trauman, lapsen erityisominaisuuden, vanhempien persoonallisuuden rakenteen tai perheen toimintahäiriön ei ole voitu osoittaa olevan spesifisessä suhteessa syömishäiriön puhkeamiseen. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:327.)

Syömishäiriön puhkeamisella on todettu olevan yhteys joskus myös suuriin elämämuutoksiin. Tällaisia voivat olla paikkakunnalta toiselle muutto, perhe-elämän muutokset sekä opiskelu- ja työelämän muutokset. (Puuronen, 2004:262.)

Syömishäiriöiden syntymekanismia voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Yksilönäkökulmassa nousee esiin se, että aikana, jolloin ihmisen sisäinen maailma kehit-

tyy, läheiset ihmissuhteet ja niistä saadut kokemukset ovat vaikuttaneet kehitykseen vääristyneesti. Tällöin kuva omasta ruumiista vääristyy. Yksilönäkökulmasta katsottuna syömishäiriö saattaa olla myös kieltäytymistä kasvamasta isoksi, seksuaaliseksi aikuiseksi. Takana voi olla myös hankalaksi koetun itsenäistymisen estyminen mm, silloin, jos lapsesta huolehditaan ikätasoon nähden liiallisesti. Perhekeskeisessä näkökulmassa avautuu näkymiä perheeseen ja sen vuorovaikutussuhteisiin. Perhe voi vaikuttaa ulospäin toimivalta, mutta siellä saattaa olla hankaluuksia, jotka syömishäiriöön sairastunut on kokenut ratkaisemattomina ristiriitatilanteina. Sosiaalinen näkökulma on laajin. Tähän liitetään kulttuurin vaikutukset; laihuuden ihannointi ja seksuaalisuuteen liittyvät kulttuuritekijät. Tähän näkökulmaan liitetään myös naisen asema yhteiskunnassa ja se, mitä häneltä vaaditaan ja toivotaan. (Riihonen, 1998:38- 39.)

2.2.1 Yksilönäkökulma

Yksilöön liittyviä riskitekijöitä ovat ikä, sukupuoli sekä puberteetti. Heikko itsetunto ja vaikeus ilmaista tai hallita tunteita liitetään myös riskitekijöihin. Riskiä lisää myös heikko impulssikontrolli sekä fyysinen tai seksuaalinen pahoinpitely. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:327.)

Syömishäiriöisen nuoret ovat yleensä tunnollisia, koulussa hyvin menestyneitä ja älykkäitä. Heillä todetaan myös vääristynyt minäkuva ja hahmottumattomia tunne-elämään ja ihmissuhteisiin liittyvät alueita. Heillä on myös tietynlaista tahdonvoimaa: sitä tarvitaan, kun kieltäytyy kokonaan syömästä. (Riihonen, 1998:41- 42.) Syömishäiriöiselle järjestyksen tarve on myös tavanomaista. Hän yrittää pitää itseään koossa, järjestellä ulkoisesti kaikki tip top-kuntoon. Silloin pysyy myös sisäisesti paremmin koossa. Tunne-elämältään syömishäiriöinen on jäänyt itseensä käpertyneeksi. Se on rajoittuneisuutta ja johtaa itsensä tarkkailuun. Kun käpertyy liikaa, suhteellisuudentaju katoaa helposti ja tällöin ulkoiset asiat tulevat tärkeiksi. Usein syömishäiriöinen vaikuttaa itsenäiseltä, määrätietoiselta ja kunnianhimoiselta. Hän selviytyy hyvin ja kieltää riippuvuuden muista, josta seuraa ristiriitoja. Itsenäisyyden tunteesta huolimatta hän vaikuttaa tunne-elämältään ikäistään lapsellisemmalta. Kontrollin tarve on myös suuri, suuttumusta ja muita tunteita ei ole opittu ilmaisemaan suoraan. (Riihonen, 1998:62- 63.)

Anorektikot ovat tyypillisesti olleet mallilapsia ennen sairastumistaan, joten sairastumisen kanssa yhtä aikaa ilmenevät itsenäistymispyrkimykset, jotka näkyvät niskotteluna ja vastaanhangotteluna. Uudet esiin tulleet luonteenpiirteet sekoitetaan usein sairau-

den mukanaan tuomiin oireisiin, ja niiden toivotaan poistuvan sairauden myötä. Usein nuori ei palaudu enää miellyttämään pyrkiväksi lapseksi, jollainen hän ennen oli. Siksi vanhempien on tärkeää tutustua nuoreensa uudenlaisena, itsenäisenä ihmisenä. Joidenkin tutkimusten mukaan anoreksiaan sairastuva nuori pelkää aikuiseksi kasvamista. Aikuisuuden mukanaan tuomat vaatimukset, vastuu ja itsenäisyys voivat tuntua nuoresta ylivoimaisilta haasteilta. (Charpentier, 1998:12- 13.)

Syömishäiriöisille nuorille on ominaista kyvyttömyys tiedostaa, tunnistaa ja käsitellä tunteita. Syömishäiriöiselle tyypillinen lähestymistapa ahdistaviin asioihin on niiden torjuminen pois mielestä ja tästä syystä heidän on vaikea tietää mitä he tuntevat sekä psyykkisesti että fyysisesti. Muita altistavia tekijöitä saattaa olla erilaiset persoonallisuushäiriöt sekä heikko itsetunto. (Charpentier, 1998:14.)

Jonkin traumaattisen kokemuksen jättämä ahdistus voi myös olla altistavana tekijänä. Tällainen ahdistava kokemus voi olla voimakas hylkäämisen kokemus lapsuudessa, esimerkiksi vanhemman kuolema tai avioero, tai seksuaalisen hyväksikäytön tai muun väkivallan uhriksi joutuminen. (Charpentier, 1998:12.) Jopa lähes puolet syömishäiriöiden vuoksi sairaalahoidossa olleista naisista kärsii samanaikaisesti traumaperäisestä stressihäiriöstä. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen on merkittävä syömishäiriöiden riskitekijä. Tutkimukset ovat myös vahvistaneet seksuaalisen hyväksikäytön tai fyysisen pahoinpitelyn olevan yleisiä syömishäiriöiden taustatekijöitä, kuten muissakin psykiatrisissa häiriöissä. Noin yksi kolmasosa syömishäiriöpotilaista on joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhreiksi. (Huttunen, 2001:117.)

2.2.2 Perhenäkökulma

Perheeseen liittyviä riskitekijöitä ovat vuorovaikutushäiriöt sekä perheen kriittisyys ja korkea vaatimustaso. Geneettiset tekijät ovat yksi riskitekijä. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:327.) Kasvatuksellisesta näkökulmasta katsottuna itsenäistyäkseen nuori tarvitsee sekä ikätasonsa edellyttämää vapautta päättää asioistaan, että tukea ja tuntea, että hänestä välitetään. Paitsi liian huolehtiva suhtautuminen nuoreen, myös torjuva ja hylkäävä suhtautuminen vaikeuttaa nuoren itsenäistymistä. Itsenäistymään kykenemätön nuori on altis riippuvuuskäyttäytymiselle, jollaiseksi syömishäiriötkin luetaan. Lähes kaikki vanhemmat haluavat olla mahdollisimman hyviä kasvattajia lapselleen. Hyvään vanhemmuuteen pyrkiessään he saattavat kontrolloida ja ohjailla liikaa

lasta, jolloin nuorelle syntyy tunne, ettei hän hallitse omaa elämäänsä eikä voi kontrolloida elämässään juuri muuta kuin syömistään. Nuoren kasvaessa vanhempien on joskus vaikea lieventää kotrolliaan ja antaa nuorelle enemmän vastuuta omasta elämästään silloinkaan kun tämä olisi siihen kypsä. (Charpentier:1998:11.)

Yksi vuorovaikutusasia on myös syöminen. Nykylukulttuurissa perheen ateriointi yhdessä on selvästi vähentynyt. Ruokailuhan on perinteisesti ollut paitsi huolenpitoa myös yhdessäolosta nauttimista. (Riihonen, 1998:41.) Useassa nykyaikaisessa perheessä ei noudateta säännöllisiä ruoka-aikoja, vaan jokainen syö ehtiessään sitä, mitä jääkaapista löytyy. Tällainen suhtautuminen ruokailuun viestittää lapselle, ettei ruokailu ole tärkeää ja että on samantekevää mitä ja milloin syö. Lisäksi ruokailu menettää sosiaalisen mielihyvää tuottavan funktion ja siitä tulee vain välttämätön arkinen toiminto. (Charpentier, 1998:11.)

Lastenpsykologi Marja-Terttu Jäminki miettii syömiseen liittyviä syitä: ”Meillä suhtautuminen ruokaan sisältää helposti valtaa ja vallankäyttöä. Vanhemmat käyttävät valtaa. Lapsella on valta syödä tai olla syömättä. Minut on kasvatettu kotona niin, että ruokailu on luonnollinen asia. Kun on nälkä, on annettu ruokaa ja syöty. Minusta on outoa syömään pakottaminen ja yleensä se, että ruuasta tehdään suuri numero. Mielestäni jo päiväkotilasten pitäisi saada annostella itse ruokansa, vaikka aikuinen silti voi kehottaa ja opastaa. Kotona moni syöttää lastaan pitempään kuin tarvitsisi. Usein on myös vaikea olla tuputtamatta ja houkuttamatta ruualla.” (Riihonen, 1998:61- 62.)

2.2.3 Sosiaalinen näkökulma

Kulttuurin vaikutuksia ei voi sulkea pois. Ruoka- ja syömiskulttuuristamme kertoo se, että yhä nuoremmat tytöt laihduttavat. Jo yhdeksänvuotiaissa tytöissä on laihduttamisen aloittaneita. Stakesin tutkimuksessa ilmeni, että normaalipainoisista 14- 16 -vuotiaista tytöistä 60 % tuntee itsensä joskus lihavaksi. Tutkimus osoittaa, että ylipainoisuuden kokemuksella ei ole mitään tekemistä punnittujen liikkilojen kanssa vaan enemmänkin kysymyksessä näyttäisi olevan kokemuksellinen ylipainoisuusongelma. Äärimmillen vietyinä terveellisen syömisestä opit kääntyvät näiden oppien toteuttajaa itseään vastaan: oppimalla syömään niin kuin suositellaan – kevyesti, rasvattomasti, kolesterolia välttäen – voidaan oppia syömään myös anorektisesti. Valistus ruuan terveellisyydestä alkoi 1950-luvun loppupuolella. 1970-luvun jälkeen suomalaisille on jaettu tietoa ja suosituksia eri ravintoaineista ja elintarvikeryhmistä säännöllisin väliajoin

ravitsemusalan asiantuntijoiden komiteamietintöihin tukeutuen. 1998 vuoden suosituksissa terveelle väestölle painopiste on ruokavalion kokonaisuudessa sekä energiatasapainon hallinnassa. (Puuronen, 2004:241- 246.)

Ystävien liittyviä tekijöitä ovat kiusaaminen ja mallikäyttäytyminen. Kulttuuriin liittyviä riskitekijöitä on laihuusihanne sekä suorituskeskeisyys. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:327.)

2.3 Syömishäiriöiden liitännäisoireet ja -häiriöt

Laihuushäiriöpotilailla esiintyy keskimääräistä enemmän vakavaa masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä. Kolme neljästä kouluikäisestä syömishäiriöpotilaasta kärsii myös jostakin muusta psykiatrisesta häiriöstä, tavallisimmin masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä. Sekä laihuus- että ahmimishäiriöön liittyy usein pakko-oireisen häiriön tai vaativan persoonallisuuden piirteitä, joilla on taipumus säilyä syömishäiriön korjaantumisen jälkeenkin. Persoonallisuushäiriöt ja päihdeongelmat ovat tavallisia erityisesti ahmimishäiriössä. (Käypä hoito, 2009.)

Syömishäiriöiden psyykkisiä oireita ovat mielialan lasku, ärtyisyys, lisääntynyt levottomuus ja ahdistuneisuus sekä erilaiset ruokaan liittyvät pakko-ajatukset, pakko-oireet ja rituaalit (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:30). Yleisiä ovat myös masennus, ahdistus, pakko-oireet, ruuan ja painon jatkuva ajattelu, heikentynyt keskittymiskyky sekä unihäiriöt (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:78). Pakko-oireet voivat liittyä syömisen lisäksi esimerkiksi siisteyteen tai puhtauteen, kuten toistuva käsien peseminen, pintojen pyyhkiminen ja astioiden peseminen. Muita pakko-oireita voivat olla sähkölaitteiden tarkastaminen, asioiden laskeminen ja tekeminen tietyllä tavalla. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:29.) Ahmimishäiriöissä on tavallista, että ahmintoja seuraa voimakas ahdistus, masennus ja itseinho. Osalla syömishäiriöpotilaista elämää sävyttää kontrolli, itsekuri ja askeesi. Opiskelu tai työelämä voi muuttua hyvin suorituskeskeiseksi, ja tällöin vain parhaat tulokset kelpaavat. Jotkut syömishäiriöitä sairastavat puolestaan vetäytyvät ihmissuhteista omiin oloihinsa, välttelevät muita ihmisiä ja alkavat karttaa parisuhdetta ja läheisiä ystävyysuhteita. Osalla syömishäiriöitä sairastavista saattaa samanaikaisesti esiintyä impulssikontrollin häiriötä, joka voi ilmetä mielialan äärimmäisinä ailahteluina, räjähtelevinä raivokohtauksina, epävakaina tunne-elämänä ja häilyvinä ihmissuhteina. Myös vakavat oireet kuten viil-

tely, itsetuhoisuus, itsemurhayritykset, päihderiippuvuus, pelihimo, näpistely ja heittäytyminen riskitilanteisiin voivat olla osa oirekuvaa. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:30- 31.) Vaikka ongelmat vaivaavat potilasta, hän ei välttämättä ole tiedostanut tai halunnut tiedostaa aliravitsemuksen olevan useimpien psyykkisten oireidenkin taustalla (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:78).

Syömishäiriön ruumiillisia oireita ovat elimistön aineenvaihdunnan siirtyminen säästöliekille, jolloin kaikki elimistön ylimääräiset toiminnot kytkeytyvät pois. Merkkejä elimistön säästöliekistä ovat paleleminen, heikentynyt kylmän sieto, ruumiinlämmön lasku, hidas pulssi, matala verenpaine, kuiva iho, kynsien haurastuminen, hiusten lähtö, mahahan hidastunut tyhjeneminen, ummetus, väsymys, uupumus ja heikkous. Lapsilla ja nuorilla kasvu pysähtyy, ja murrosiän kehityksen alku viivästyy. Untuvaisen karvoituksen kehittyminen käsivarsiin, selkään ja muualle vartaloon on myös usein aliravitsemuksen oire. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:31.)

2.4 Syömishäiriöiden seuraukset

Sekä laihuus- että ahmimishäiriö häiritsevät nuoren normaaleja elintoimintoja. Koko elimistön aineenvaihdunta hidastuu ja elimistöstä häviävät kaikki vararavintoaineet. Iän mukainen kiinnostus seksuaalisiin asioihin katoaa molemmilla sukupuolilla. Verenkierron häiriö näkyy hitaana pulssina, matalana verenpaineena ja punoittavan tai sinertävän kylminä raajoina. Syömishäiriöpotilailla on kuvattu esiintyvän myös lieviä neurologisia kömpelyysoireita. Laihuushäiriöisillä tytöillä on todettu jopa aivomassan pienenemistä, mutta parantuneen ravitsemuksen uskotaan korjaavan tämän oireen. Myös ahmimishäiriöisillä tytöillä esiintyy kuukautishäiriöitä ja häiriöitä veren elektrolyytti- ja happo-emästasapainossa, mikäli tilaan liittyy tiheä oksentaminen. Näennäisestä normaalipainosta huolimatta voi ahmimishäiriöstä kärsivän potilaan elimistö olla aliravittu. Lisäksi oksentamiseen voi liittyä henkeä uhkaavien komplikaatioiden riski. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:328.) Aliravitsemustilassa myös lihasmassa vähenee. Syömishäiriön pitkäaikaisseurauksia ovat pituuskasvun häiriintyminen ja luustovauriot (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:31).

2.4.1 Vaikutus hampaistoon

Syömishäiriöt näkyvät myös hampaistossa. Joskus hammaslääkäri voikin olla ensimmäinen, joka alkaa epäillä syömishäiriötä. Kaikilla syömishäiriöisillä on alttius hampaiston häiriöihin, hammaskiille kuluu ja liukenee, hampaat kuluvat ja kariesriski kasvaa. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:328.) Oksentamisen jälkeen monet harjaavat hampaansa peittääkseen oksentamisen jälkiä ja saadakseen suuhun raikkaan olon. Tällöin kuitenkin mahalaukun vahva syövyttävä suolahappo painuu harjatesa hammaskiilteen, varsinkin hampaiden takapintaan, mikä voi pitkän ajan kuluessa johtaa hampaiden irtoamiseen. Ennen kuin ollaan niin pitkällä, hampaiden kiillevauriot tuntuvat yleensä siten, että hampaat tulevat hyvin herkiksi kuumille ja kylmille juomille ja ruuille. Hammasvauriot ovat niitä harvoja oireita, jotka pysyvät senkin jälkeen, kun syömishäiriö on jäänyt, joten hampaiden harjaamatta jättäminen oksentamisen jälkeen on viisas sijoitus. Siinä vaiheessa, kun oksentamisen harventamista harjoitellaan, kiilteelle on huomattavasti hellävaraisempaa, että suu huuhdotaan teellä tai kivennäisvedellä. (Gisela van der Ster, 2006:87.)

2.4.2 Vaikutus kasvuun, luustoon ja hormonaalisiin tekijöihin

Voimakkaaseen laihtumiseen ja aliravitsemustilaan liittyy naisilla yleensä kuukautisten poisjääminen, sillä luonto haluaa estää nälkiintyneen naisen tulemisen raskaaksi. Pitkään jatkuneeseen aliravitsemustilaan liittyy yleensä hedelmättömyys. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:31.) Laihuushäiriössä todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokrinologinen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkene misenä. Jos laihuushäiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kasvu yleensä viivästyy tai pysähtyy. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta jatkuu tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys saattaa olla poikkeava. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:325.)

Kuukautisten palaaminen on oleellinen merkki siitä, että potilas on saavuttamassa biologisen normaalipainoalueensa alarajan. Osalla potilaista kuukautiset toimivat normaalisti syömishäiriöstä huolimatta. Kuukautiset eivät tavallisesti palaa heti, kun potilas on saavuttanut sen painon, missä niiden huomattiin jääneen pois. Tutkimuksissa on havaittu, että ruokavalion laadulla on merkitystä kuukautisten palaamiselle. Normaalipainoisilla naisilla ei ollut kuukautisia, kun he saivat niukasti energiaa ja rasvaa ruokava-

liostaan. Normaalipainon saavuttaneiden kuukautiset eivät palanneet, jos heidän ruokavalionsa oli edelleen poikkeava. Potilasta voikin motivoida lisäämään ruokavalioonsa energia- proteiini ja rasvamäärää sillä tiedolla, että kuukautiset saattavat palata odotettua alhaisemmassa painossa täysipainoisen ruokavalion ansiosta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:33- 35.) Mikäli kuukautiset ovat pitkään epäsäännölliset tai kokonaan poissa, luusto alkaa vähitellen haurastua. Haurastunut luu murtuu tervettä luuta helpommin. Seurauksena voivat olla esimerkiksi rannemurtumat, reisiluun laulan murtuminen tai kivulias selkärangan kokoon painuminen. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:31.) Syömishäiriöisillä miehillä ovat yleisiä seksuaalisen halun vähentyminen ja seksuaalisen toimintakyvyn laskeminen (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:20).

Merkittävä osa syömishäiriöihin liittyvistä ruumiillisista oireista paranee syömishäiriöstä toipumisen myötä. Osa syömishäiriöiden ruumiillisista jälkiseurauksista ei kuitenkaan korjaudu, kuten luustomuutokset ja hampaiden kiilleauriot. Ravitsemustilan parantumisessa luuston haurastuminen hidastuu tai pysähtyy, mutta menetetyn luumassan korvaaminen on yleensä vaikeaa tai mahdotonta. Sen sijaan hormonitoiminta ja hedelmällisyys yleensä palaavat vähitellen normaaleiksi aliravitsemustilan kohennuttua. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:32.)

2.5 Poikien syömishäiriöt

Vaikka suurin osa syömishäiriöisistä on tyttöjä, voi myös pojat sairastua syömishäiriöön. Poikien syömishäiriön uskotaan kytkeytyvän enemmän häiriintyneeseen seksuaalisuuteen liittyvään kasvuun tai itsenäistymiseen kuin tyttöjen syömishäiriöt (Riihonen, , 1998:41.) Nykyään tiedetään, että erityisesti epätyypillisiä syömishäiriöitä esiintyy miehillä jopa yhtä paljon kuin naisilla, miesten syömishäiriöt jäävät usein tunnistamatta terveydenhuollossa. Miehillä alipainaisuuden rajana voidaan pitää painoindeksiä 19kg/m². Miehillä on korkeampi painoindeksiraja alipainaisuudelle, koska normaalipainoisen miehen paino on suurempi kuin naisen lihasmassasta johtuen. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:19.)

Bulimiaan sairastuneet miehet ovat usein taipuvaisia ylipainoon tai lihavuuteen ennen sairauden puhkeamista. Sairauteen kuuluvan tyhjentämiskäyttäytymisen on todettu eroavan jonkin verran sukupuolten kesken: oksentelua sekä nesteidenpoisto- ja ulostus-

lääkkeiden käyttöä esiintyy miehillä naisia vähemmän. Miehillä tavallisia painonsäätely- ja tyhjentämiskeinoja ovat pakonomainen liikunta ja erilaisten lisäravinteiden käyttö. Miehen syömishäiriö voi esiintyä päällekkäin erilaisten ruumiinkuvahäiriöiden kuten lihasdysmorfian tai dysmorfisen ruumiinkuvahäiriön kanssa. Sekä syömishäiriöissä että ruumiinkuvan häiriössä voi keskeisenä oireena esiintyä voimakasta tyytymättömyyttä vartalon lihaksistoon. Muitakin yhteisiä piirteitä löytyy: kehonkuvan häiriintyminen, pyrkimys täydellisyyteen, vaativuus omaa itseä kohtaan, pakonomainen liikunta, pakonomaiset ajatukset ja toiminnot, vartalon jatkuva peilaaminen, mittaaminen tai punnitseminen. Häiriintynyt ja jäykkien sääntöjen alainen syöminen, kuten nälkiintymisen ja ahminnan jatkuva vuorottelu tai erittäin tiukat laihdutus- tai treenausruokavaliot, voivat liittyä sekä syömishäiriöön että lihasdysmorfiaan. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:20- 21.)

Lihasdysmorfiaan liittyy usein lihasmassaa lisäävien aineiden käyttöä, joihin kuuluu erilaisia valmisteita sallituista lisäravinteista ja urheilusuoritusta parantavista valmisteista kiellettyihin hormonivalmisteisiin. Sallituista lisäravinteista yleisimpiä ovat proteiinivalmisteet, kreatiini ja CLA. On kuitenkin hyvä muistaa, että lihasmassaa lisääviä aineita saattavat ajautua käyttämään myös aivan tavalliset nuoret miehet, jotka ovat tyytymättömiä vartalonsa. Nuorten suomalaisten miesten keskuudessa tyytymättömyys omaan lihaksikkuuteen on varsin tavallista. miehen syömishäiriöstä, lihasdysmorfiaa tai muusta ruumiinkuvahäiriöstä on yleensä kysymys vasta siinä vaiheessa, kun huoli omasta ulkomuodosta nousee elämän keskipisteeksi ja alkaa pahasti haitata tavallista elämää, ihmissuhteita, työntekoa tai työntekoa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:20- 21.) Raevuoren (2009) tutkimuksessa tutkittavista miehistä 30 % koki huomattavaa tyytymättömyyttä lihaksiinsa ja 12 % oli käyttänyt säännöllisesti lihasmassaa kasvattavia ravintolisiä tai anabolisia hormonivalmisteita. Löydöksen perusteella lihastyytymättömyys on miehillä naisten häiriintynyttä syömistä ja toistuvaa laihduttelua vastaava ilmiö. (Raevuori, 2009.)

Pojilla ja tytöillä itsetunnon kehitys nuoruusiässä on eri tavoin säädeltyä. Pojilla itsetunnon muutosta 14 ja 17 ikävuoden välillä selittävät pääasiassa (82 %) selittävät geneettiset tekijät, kun taas tyttöjen itsetunto on herkempi ympäristövaikutuksille. Tytöillä itsetunnon vaihtelun pääasiallisia selittäjiä (69 %) ovat ympäristötekijät. Sukupuolten väliset erot itsetunnon kehityksessä voivat osaltaan selittää syömishäiriöiden ja masennuksen alhaisempaa esiintyvyyttä pojilla kuin tytöillä. (Raevuori, 2009.)

2.6 Syömishäiriöstä parantuminen

Laihuushäiriössä kuolleisuus on 5-10%. Noin puolet laihuushäiriöpotilaista paranee, 30 %:lla oireilu jatkuu ja 10-20%:lla sairaus kroonistuu. (Käypä hoito-toimitus, 2004). Yleensä ennuste huononee seurannan pidentyessä. Ennustetta pidetään parempana, mikäli hoitoon päästään varhain ja mikäli ravitsemustila korjaantuu nopeasti. Sairauden uusiutuminen ja kroonistumisen ehkäisy edellyttää pitkää seuranta ja jatkohoitovaihetta. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:330.) Mitä lähempänä potilas on hoidon päättyessä omaa biologista normaalipainoaan, sitä parempi hänen ennusteensa on. Sairauden uusiutumisen todennäköisyys on pienempi, jos potilas saavuttaa hoidon aikana vähintään painoindeksi 19 kg/m² kuin jos painoindeksi jää esimerkiksi alle 17,5kg/m². (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:33.)

Syömishäiriöstä toipumiseen kuuluvat lipsahdukset ja repsahdukset. Erityisesti ensimmäisen puolen vuoden aikana osastohoidon jälkeen sairaus voi uusiutua. Ihanteellista on, jos esimerkiksi psykoterapian rinnalla tapaamisia ravitsemusterapeutin ja/tai lääkärin luona voidaan harvakseltaan jatkaa, jolloin potilas voi tuetusti opetella relapsin estoa ja ongelmanratkaisutaitoja. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:149.)

Syömishäiriöisillä syömishäiriöt jatkuvat yleensä lievempinä raskauden aikana, mutta palautuvat entiselleen synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeen myös masennus on syömishäiriöisillä yleistä. Näistä syistä seuranta raskaus- ja lapsivuodeajaksi suositellaan tavallista tarkempaa seuranta ihmisille, jotka sairastavat tai ovat sairastaneet syömishäiriötä. (Käypä hoito, 2009.)

Joskus harvoin syömishäiriö puhkeaa uudestaan vuosia kestäneen terveen jakson jälkeen. Oireilun laukaisijoina voivat toimia elämän taitekohdat ja stressitilanteet - esimerkiksi raskaus ja lasten syntymä, parisuhdekriisi tai läheisen ihmisen menetys. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:75.)

Syömishäiriöistä toipuneet etenevät usein koulutuksen suhteen pidemmälle kuin yleisesti suomalaiset. Parisuhteen solmimisen, lastensaamisen ja työssäolon suhteen syömishäiriöistä toipuneet eivät enää poikenneet muusta väestöstä, kun lääkärin määrittämästä paranemisesta oli kulunut viisi vuotta. Syömishäiriöistä selvinneet vaikuttivat myös tyytyväisemmiltä elämäänsä kuin väestö keskimäärin. Ennuste on siis valoisa.

Vaikeakaan syömishäiriö ei väistämättä pilaa loppuelämää. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:74- 75.)

3 SYÖMISHÄIRIÖPOTILAAN HOITOTYÖ OSASTOLLA

Psykiatriseen sairaalahoitoon on syytä turvautua, jos nuorella on runsaasti psykoottisia oireita, vakava itsetuhoisuus ja itsemurhavaara, vaikea masennus tai puutteelliset ja ristiriitaiset perheolosuhteet. Alaikäisen kohdalla voidaan tarvittaessa käyttää psykiatriseen hoitoon toimittamisessa M1 lähetettä eli katsoa, että kyseessä on vakava mielen terveyden häiriö. Vain tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan nuoren kohdalla voidaan soveltaa pakkoruokintaa tai pakkolääkitystä. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:329.)

Hoitotyön keskeisiksi osiksi on todettu luottamuksellinen hoitosuhde, moni ammatillisuus ja yhteistyö nuoren perheen kanssa (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008: 15). Perheen rooli on keskeinen syömishäiriöpotilaan hoidossa (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:9). Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitotyö on kokonaisvaltaista, pitkäjänteistä ja aikaa vievää. Hoitotyö perustuu nuoren tarpeisiin, joihin hoitotyöntekijät vastaavat hoitotyön auttamismenetelmien avulla. Hoitotyön Merkittävin auttamistyön menetelmä on nuoren ja omahoitajan välinen hoitosuhde. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:18.)

Hyvän hoidon lähtökohtana on nuoren iän ja kehitysvaiheen erityispiirteiden huomiointi koko hoitotyön prosessissa. On tärkeää tunnistaa, missä nuoruusiän kehitysvaiheessa nuori on sekä psyykkisesti että fyysisesti. Sairastuttuaan nuori tarvitsee hoitosuhteen tuomaa tukea ja turvaa. Sairauden myötä hän on riippuvainen aikuisen antamasta tuesta, joka voi olla ristiriidassa hänen itsenäistymispyrkimyksensä kanssa. Hoitotyön yhtenä suurena haasteena onkin tukea nuoren kehitystä ja auttaa pysähtynyt kehitys uuteen alkuun. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:19.)

Hoitotyössä korostuu myös kasvatuksellinen ote. Hoitajan tehtävänä osastolla on toimia turvallisena ristiriitaistenkin tunteiden vastaanottajana. Rajoittaminen, kontrolli ja

tarkkailu ovat osa hoitotyötä. Hoidossa selkeiden rajojen asettaminen on perusteltua, koska ne tuovat turvallisuutta ja selkeyttä. Toisaalta syömishäiriötä sairastavan nuoren kohdalla voidaan puhua myös huolenpidosta, koska sairastunut kontrolloi muutenkin itseään jatkuvasti. Sairaalaoloaikana nuoren elämää pyritään rakentamaan mahdollisimman normaaliksi. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:18.)

Kuosmasen tutkimuksessa (2000) korostui nuoren näkökulmasta se, kuinka tärkeäksi nuori kokee sen, että he ymmärtävät hoidolle asetetut rajoitukset. Ymmärrystä rajoituksille lisää se, että hoitaja perustelee hyvin nuorelle toimintansa ja pyrkii tekemään sopimuksia yhteistyössä nuoren kanssa. (Kuosmanen. 2000.) Myös Latvalan (1998) tutkimuksessa tuli ilmi, että vuorovaikutus oli usein hoitajalta potilaalle suuntautuvaa kommunikointia, monologia. Tällöin kommunikoinnissa korostu normatiiviset ohjeet, joiden mukaan potilaan tuli toimia. Nuoret kokevat tämänkaltaisen vuorovaikutuksen kontrollointina ja he olisivat kaivanneet enemmän, että toimintoja olisi perusteltu heille ymmärrettävästi. (Kuosmanen, 2000:57.)

Sairaalahoidon optimaalisesta pituudesta ei ole tutkimustietoa. Hoidon alussa sovitaan terveellinen tavoitepaino ja laaditaan aikataulu sen saavuttamiseksi. Relapsin riski saattaa olla sitä pienempi, mitä lähempänä ideaalipainoa ollaan kotiin lähtiessä. Hoitojakson pituus määräytyy ennen kaikkea hoidon tarpeen mukaan, ja sitä määritettäessä tavoitepainon saavuttaminen ei saisi olla ainoa kriteeri. (Käypä hoito 2009.)

3.1 Moni ammatillisuus syömishäiriöiden hoidossa

Syömishäiriöpotilaan hoito on moni ammatillista tiimityötä. Työryhmä sopii johdonmukaiset ja yhtenäiset hoitolinjat, ja sen jäsenet saavat tukea toisiltaan työhönsä. Tiimiin voi kuulua psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, psykoterapeutti, sisätautilääkäri tai lastenlääkäri, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:14- 15.) Tiimiin voi tarvittaessa kuulua myös gynekologi, suuhygienisti ja hammaslääkäri (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008: 16).

3.1.1 Lääkäri

Hoitavan lääkärin tehtävänä on vastata nuoren kokonaishoidosta. Syömishäiriöön sairastuneen nuoren hoidon perustana on psykiatrinen ja somaattinen tutkimus ja arvio.

Lääkäri voi suunnitella nuorelle yksilöllisen lääkehoidon. (Anoreksia ja Bulimia nuorten hoitotyössä, 16). Tarpeen mukaan lääkäri konsultoi toisten erikoisalojen asiantuntijoita. Somaattiseen tilaan liittyvissä tekijöissä nuoren hoidossa on mukana sisätautilääkäri tai lastenlääkäri. Psykiatrisen tutkimuksen tekee nuorisopsykiatriaan perehtynyt lääkäri yhteistyössä moni ammatillisen työryhmän sekä nuoren ja hänen perheensä kanssa. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:16.)

Yleisesti lääkityksellä pyritään vaikuttamaan syömishäiriön liitännäishäiriöihin, kuten masennukseen ja pakko-oireisiin. Laihuushäiriön hoidossa on kokeiltu erilaisia psykykenlääkkeitä mm. neuroleptejä ja masennuslääkkeitä. Kontrolloitujen tutkimusten mukaan niistä ei ole voitu osoittaa olevan hyötyä muuta kuin tapauksissa, joissa laihuushäiriöön liittyy selvää masentuneisuutta. Pienillä neuroleptiannoksilla on voitu helpottaa vakavasta laihuushäiriöstä kärsivän nuoren ahdistuneisuutta ja pakonomaista liikunnan tarvetta. Ahmimishäiriöiden hoidossa psykykenlääkkeistä on enemmän kliinistä kokemusta ja myös näyttöä niillä saatavasta hyödystä. Laajimmat tutkimukset on julkaistu fluoksetiin käytöstä (Fontex ja Seronil), jossa lääkehoito vähensi ahmimis- ja oksentamiskohtauksia noin 2/3:lla bulimisia potilaita. Lääkehoidon indikaationa voi suositella ahmimis- ja oksentamiskiirteen katkaisua ja ainakin lyhytaikaista helpotusta tilanteeseen, mutta näyttöä sen parantavasta tehosta ei ole. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:330.) Aliravitsemuksessa olevan nuoren riski saada lääkityksestä vakavia sivuvaikutuksia on suuri, siksi lääkitys aloitetaan mahdollisimman pienellä annostuksella (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:16.)

3.1.2 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja vastuualueeseen kuuluu syömishäiriöisen nuoren hoitotyö. Hoitotyö perustuu nuoren tarpeisiin, joihin hoitotyöntekijät vastaavat hoitotyön auttamismenetelmien avulla. Hoitotyön Merkittävin auttamistyön menetelmä on nuoren ja omahoitajan välinen hoitosuhde. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:18.)

3.1.3 ravitsemusterapeutti

Ravitsemusterapeutti ohjaa, motivoi ja tukee oikeisiin ruokailutottumuksiin (Käypä hoito-toimitus, 2004). Ravitsemusterapeutti suunnittelee syömishäiriöiselle ateriasuunnitelman, jota hoitohenkilökunta noudattaa. Ateriasuunnitelma suunnitellaan yksilöllisesti uudelleen esimerkiksi, jos kalorimäärää täytyy nostaa. Ravitsemusterapeutti antaa

myös tietoa ravitsemuksesta. Hän voi myös viljellä ajatusta siitä, että ruokavaliosuosituksia ei ole tarkoitus noudattaa tiukkapipoisesti ja että normaaliin ja terveelliseen ruokavalioon kuuluu myös herkkuja ja rasvaa. Ravitsemusterapeutti voi myös perehtyä syömishäiriöiden kognitiivis- behavioraaliseen terapiaan ja hyödyntää sen tekniikoita ravitsemusohjauksessa. Tapaamisissa voidaan tutkia potilaan ajatuksia, uskomuksia ja arvoja, jotka ylläpitävät syömishäiriökäyttäytymistä. Käyttäytymisen muutos on mahdollinen, kun ajatusten taustalla olevia malleja kuten. Perfektionismi, mustavalkoisuus, yliyleistäminen jne. tunnistetaan, tutkitaan ja korjataan. Kognitiivis- behavioraaliseen terapiaan kuuluu myös psykoedukaation antaminen, ruokavalion suunnittelu, painon seuranta ja ruokapäiväkirjatyöskentely, jotka ovat ravitsemusterapeutin osaamisaluetta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:23.)

Tapaamisten tiheys riippuu syömishäiriöpotilaan tilanteesta sekä siitä, hoidetaanko häntä avo- vai osastohoidossa. Lisäksi tapaamisten tiheyteen vaikuttaa onko ravitsemusterapeutti tiimin jäsen, vai tuleeeko syömishäiriöpotilas vain erilliselle käynnille hänen luokseen. Perustiedon antamiseen ja yksilöllisen ruokavalion suunnitteluun riittää yleensä kahdesta kolmeen käyntiä. Ravitsemusterapeutin rooli voi myös olla pitkäaikainen. Esimerkiksi kun laihuushäiriötä hoidetaan avohoidon puolella. Osastohoidon aikana käyntejä voi olla viikoittain. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:24.)

Ravitsemushoito ja sen onnistumisen seuranta kytkeytyvät syömishäiriöpotilaan hoitoon alusta loppuun. Sairaus voi uusia erityisesti ensimmäisen puolen vuoden aikana intensiivisen hoidon päättymisestä. Kun alipainoinen potilas on saavuttanut tavoitepainonsa, on hyvä vielä joidenkin kuukausien ajan jatkaa harvakseltaan ravitsemusterapiaa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:149.)

3.1.4 Fysioterapeutti

Fysioterapeutti ohjaa oikean liikunnan määrään ja ruumiinkuvaan (Käypä hoito-toimitus, 2004) Fysioterapialla on tärkeä rooli syömishäiriöitä sairastavan nuoren häiriintyneen kehonkuvan uudelleenrakentamisessa. Fysioterapian avulla nuori voi saada myönteisiä kokemuksia kehonsa toiminnasta ja saada kosketuksen omaan kehoonsa. Fysioterapian tavoite on myös osoittaa terveellinen tapa liikkua suhteessa ravitsemukseen. Anoreksian oireena on usein liiallinen liikkuminen ja sen myötä painon putoaminen. Oire on hyvin tunnistettu ja osastohoidossa tästä syystä rajoitetaan liikuntaa. On kuitenkin huomattu myös, että terveellinen liikunta auttaa nuorta hallitsemaan parem-

min ahdistusta. Liikunta myös lisää nuorten hoitomyönteisyyttä ja se voidaan kokea palkintona painon noustessa. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:17.)

3.1.5 Toimintaterapeutti

Toimintaterapia on vuorovaikutusta, jossa toimintaterapeutti käyttää tavoitteellisesti ja tietoisesti toimintaa nuoren kuntoutumisen välineenä. Toimintaterapeutti on toimintakäytännön asiantuntija. Toimintaterapian tarkoituksena syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa ovat toiminnan avulla tunneilmaisun mahdollistaminen, terveen minäkäsityksen rakentuminen sekä sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen lisääminen. Työskentelyssä tavoitteena on elämänhallinnan keinojen tukeminen ja rakentuminen. Toiminnan terapeuttisuus perustuu toiminnan mielekkyyteen ja tavoitteellisuuteen nuoren kannalta. Toimintaterapiassa käytettyjä toimintamuotoja ovat esimerkiksi päivittäiset toiminnot, kuten kaupassa käyminen, ruuanlaitto, leipominen sekä itsestä huolehtimisen taidot. Luovina menetelminä käytetään kirjoittamista, kuvailmaisua ja musiikkia. Prosessitehtävinä käytetään erilaisia kädentaitoja vaativia tehtäviä, kuten korujen valmistusta, savitöitä ja kankaanpainantaa. Erilaiset ryhmämuotoiset toiminnot on myös havaittu hyviksi erityisesti nuoruusiän kehityksellisen prosessin tukijana. Useimpia toimintatapoja voidaan toteuttaa yhtä hyvin yksilöllisesti kuin ryhmämuotoisina riippuen nuoren valmiuksista ja terapiatarpeesta. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008: 17.)

3.1.6 Hammaslääkäri/ suuhygienisti

Syömishäiriöiselle nuorelle on usein tarpeen järjestää myös hammaslääkärin seuranta, sillä he tarvitsevat tavallista tiheämpää seurantaa sekä ohjausta syömishäiriöiden vaikutuksista hampaistoon (Käypä hoito-toimitus, 2004).

3.1.7 Psykoterapeutti

Aikaisemmin ajateltiin, että syömishäiriöisen ei kannata aloittaa psykoterapiaa, ennen kuin hänen painoindeksinsä on vähintään 17,5 tai ahmimis- ja oksentamisoireet on saatu pääosin kuriin. Nykyään tiedetään, että psykoterapia tarjoaa arvokasta apua myös vaikeassa nälkiintymistilassa oleville ja tiheästi ahmiville potilaille. Psykoterapia auttaa muun muassa oireista luopumisen herättämien ahdistusoireiden sietämisessä, mikä taas voi osaltaan nopeuttaa paranemista. Psykoterapia on keskeinen hoitomuoto kaikissa syömishäiriöissä. Vaikka sairastunut voi itsekseenkin kyetä käynnistämään

samanlaisen ajatusten kyseenalaistamis- ja muuttamisprosessin kuin psykoterapiassa, prosessi nopeutuu huomattavasti työskenneltäessä ammattihenkilön kanssa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:55.)

Yksilöterapioiden hoidosta on tutkimuksia lähinnä aikuispotilailla. Kongnitiivisbehavioraalinen terapia tehoaa yli 16-vuotiaiden potilaiden ahmimisoireisiin. Myös muut psykoterapiamuodot, erityisesti interpersonaalinen psykoterapia, ovat tehokkaita bulimian hoidossa. Mikään yksittäinen terapiamuoto ei ole selkeästi osoittautunut muita paremmaksi aikuisten laihuushäiriöpotilaiden avohoidossa. Mahdollisia terapiamuotoja ovat esimerkiksi kognitiivis-analyttinen terapia, kongnitiivis-behavioraalinen terapia, interpersonaalinen psykoterapia ja fokusoitu psykoanalyttinen terapia. Lasten ja nuorten laihuushäiriön hoidossa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä. Merkityksellisiä seikkoja ovat ennen kaikkea terapisuhteen laatu ja yhteistyö sekä motivointi. Ryhmäpsykoedukaatiota käytetään varsinkin ahmimishäiriön hoidossa. Psykoedukaatiojakson jälkeen yksilöllisestä kongnitiivis-behavioraalisesta psykoterapiasta voi olla hyötyä. (Käypä hoito, 2009.)

Nuorten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa lyhytkestoinen yksilöterapia lienee yhtä vaikuttavaa kuin ravitsemusterapeutin antama toistuva ja tiivis ohjaus. Sosiaalinen ja seksuaalinen toipuminen on ollut parempaa psykoterapiaa saaneilla, kun taas ravitsemusneuvontaa saaneilla painonnousu on ollut jonkin verran parempaa. (Käypä hoito, 2009.)

Syömishäiriöpotilaiden vanhemmat ovat kokeneet terapeuttien vetämien vanhempienryhmien olevan hyödyllisiä, mutta tutkimusnäyttö niiden vaikuttavuudesta hoidossa puuttuu. Perheterapiaa on myös käytetty laihuushäiriön hoitomuotona. Systeemityyppinen perheterapia on yksilöterapiaa vaikuttavampi sellaisilla nuorilla laihuushäiriöpotilailla, joiden sairaus ei ole kroonistunut. Perheterapiaa voidaan toteuttaa joko perheen terapiana tai siten että vanhempia tavataan erikseen. Molemmat mallit ovat yhtä tehokkaita. Nuorille pitäisi myös perheen hoidon lisäksi tarjota myös yksilöllisiä tapaamisia. (Käypä hoito, 2009.)

3.1.8 Hoidon tavoitteet

Syömishäiriöpotilaan hoidon ensisijainen tavoite on aliravitsemuksen korjaaminen ja syömisen normalisoiminen, jonka jälkeen pyritään vaikuttamaan syömishäiriön psyko-

logiseen sisältöön. Lähtökohtana hoidolle on potilaan oma motivaatio tai sen aikaansaaminen sekä yhteistyö potilaan kanssa, koska varsinkin laihuushäiriössä yleistä on alussa sairaudentunnon puuttuminen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:14- 15.) Hoidolle asetetaan realistiset välitavoitteet tavoitepainoon pääsemiseksi (Käypä hoito-toimitus, 2004.)

3.2 Hoitosuhde

Hoitosuhteen ja yhteistyön rakentuminen alkaa tutustumalla nuoreen. Hoidon alussa positiivisen vuorovaikutussuhteen luominen on välttämätöntä hoidon etenemisen ja onnistumisen kannalta. Luottamuksen muodostuminen on keskeinen lähtökohta hoitosuhteelle. Luottamuksen syntymisen edellytyksenä on sopiminen nuoren asioista nuoren itsensä kanssa. Hoitosuhteessa on tärkeä nähdä nuoren terveet piirteet ja voimavarat myös silloin, kun ne ovat nuorelta itseltään kadoksissa. Voimavaroja etsimällä, tunnistamalla, tukemalla ja vahvistamalla nuori saa positiivisia kokemuksia. Hoitotyöntekijöiden myönteinen palaute auttaa vahvistamaan nuoren itsetuntoa ja minuutta. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:19.) Hoitavien henkilöiden omat arvot ja asenteet ruokaa, painoon ja ruumiinkuvaan välittyvät potilaalle, vaikka niistä ei suoraan puhuttaisikaan. Potilaan paranemista tukee, jos työntekijällä on hyväksyvä ja rento suhtautuminen ruokaan, liikuntaan ja painoon. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:23.) Hoitotyöntekijän rooli on olla tavallisen aikuisen mallina (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:18).

3.2.1 Työskentelyvaihe

Aliravitsemustilan korjaantuessa hoidossa keskitytään nuoren tunteisiin ja syömishäiriötä ylläpitäviin tekijöihin. Tällöin nuori tarvitsee tukea tunteiden tunnistamisessa ja nimeämisessä. Hoitajan on pyrittävä näkemään oireilun taakse ja ymmärtämään nuoren tilanne, miksi tämä käyttäytyy näin ja oireilee syömättömyydellä. Tilanteen ymmärtäminen mahdollistaa nuoren pysähtyneen kasvuprosessin käynnistymisen. Ymmärtämisen kautta hoitajalle avautuu mahdollisuus käsitellä yhdessä nuoren kanssa asioita, jotka ovat vaikeuttaneet hänen elämänsä. Hoitajan tehtävänä on myös tukea nuorta ilmaisemaan itseään. Transferenssia eli tunteiden siirtoa tapahtuu hoitosuhteessa erityisesti silloin, kun jokin tilanne tai asia aiheuttaa pelkoa, ahdistusta tai häpeää. Positiivinen ja negatiivinen transferenssi vaihtelevat hoitosuhteessa. Positiivinen transferenssi mahdollistaa myönteisiä tunteita, joiden kautta nuori voi kokea turvaa. Turvallisuus-

dentunne ja kokemus autetuksi tulemisesta mahdollistavat sen, että nuori voi luopua osittain tai kokonaan häntä haitanneista oireista. Hoitajan on hyvä ymmärtää, että tunteiden siirtäminen on usein nuoren kohdalla tiedostamatonta ja siksi nuorelle todellisuutta. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:23.)

Syömishäiriötä sairastavan on usein vaikea nähdä sekä hyvää että pahaa samaan aikaan jossakin asiassa tai ihmisessä. Käyttäytymistä voidaan kuvata asioiden lohkomisena (spilting). Tasapainoilu hyvän ja huonon, sallitun ja ei sallitun välillä näkyy syömishäiriöön sairastuneen toiminnassa ja ajattelussa. Tällaiset nuoret asettavat usein työryhmän haasteiden eteen, sillä he saattavat jakaa myös hoitajat hyviin ja huonoihin ja tuovat sitä myös esille. Syömishäiriötä sairastava saa helposti työryhmän jäsenet edustamaan omia puoliaan ja toimimaan toisiaan vastaan. Hoitavassa työryhmässä tulee varata riittävästi aikaa keskustelulle, kun tehdään päätöksiä nuorten hoitolinjauksista. Tiimin jäsenten pitää myös sitoutua yhdessä tehtyihin päätöksiin. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:23- 24.)

Vuorovaikutuksessa nuoren kanssa hoitaja joutuu jatkuvasti tasapainoilemaan nuoren tarpeiden, vastarinnan ja torjunnan kanssa. Nuoren käyttäytyminen on usein myös konflikteja etsivää voimakkaan vastarinnan ja negatiivisen ajattelukehän vuoksi. Negatiivisuuteen vastaaminen tulee olla lempeää ja kärsivällistä. Vastarinnan torjuminen hoitosuhteessa on virhe, koska tällöin nuoren vastarinta yleensä vain voimistuu. Tämä horjuttaa myös luottamusta hoitosuhteessa ja tekee tasavertaisen dialogin mahdottomaksi. Vastarinta on luonnollinen ilmiö, jossa nuori pyrkii vastustamaan jonkin merkityksellisen kokemuksen tulemistä tietoisuuteen sen epämiellyttävyyden tai uhkaavuuden vuoksi. Vastustus on siis toisaalta terve puolustusmekanismi ja se antaa nuorelle aikaa sopeutua muutokseen ja aikaa oppia sopeutumaan hänestä esiin nouseviin tunteisiin. Torjuntaa voi myös esiintyä hoitajan toimesta vuorovaikutustilanteissa. Nuori voi kokea torjutuksi tulemista, jos hoitaja ei ole aidosti läsnä tai esittää perustelemattomia kommentteja tai kieltoja. Hoitajan tehtävä ei kuitenkaan ole hoitosuhteessa ilmentää torjumista ja vastarintaa vaan nähdä nämä ilmenemismuodot positiivisena keinona nuorelle sopeutumiseen. Syömishäiriöisen hoidossa on myös hyvä tiedostaa syömishäiriöisen nuoren mukautuvuus ja miellyttämisen halu. Hoidossa tulisi pyrkiä vahvistamaan identiteettiä ja välttämään pakottamista, jotta nuori ei tulisi ulkoapäin määritellyksi. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:24- 25.)

Nuoren ahdistus liittyy usein painonnousuun. Myös kehonkuvan muutokset altistavat ahdistukselle. Näissä tilanteissa nuori tarvitsee paljon rohkaisua ja tukea kyetäkseen syömään ja käsittelemään painonnousun aiheuttamaa ahdistusta. Nuorelle on myös hyvä antaa positiivista palautetta ulkonäöstään aliravitsemustilan korjaantumisvaiheessa. Nuoren ulkonäköön ja omaan kehoon liittyvien huomautusten kuuleminen ja huomioonottaminen on tärkeää. Näihin tarttumalla hoitaja voi auttaa nuorta kehoon liittyvien tunteiden käsittelemisessä. Hoitosuhteessa erityisesti häpeän ja syyllisyyden tunteiden käsitteleminen on tärkeää. Auttamistilanteeseen kytkeytyy usein häpeän tunteita, koska nuori joutuu paljastamaan asioita, joita hän on salannut pitkään. Häpeä aiheuttaa kyvyttömyyttä tunnistaa ja ilmaista omia tarpeita ja saavat aikaan estyneisyyttä, joka pysäyttää oman identiteetin kehittymisen. Nuoren ahdistus aiheuttaa jännitystilaa, siksi on tärkeää opetella rentoutumista. Hoitaja voi käyttää rentoutumisen apuna musiikkia, lukemista, kevyttä liikuntaa, kuvataidetta tai muita luovia menetelmiä. Rentoutumisen avulla nuori voi itse hallita ahdistusta konkreettisesti. Erilaisten toiminnallisten menetelmien on myös todettu helpottavan ahdistusta. Ahdistuksen hallintakeinojen opettelu auttaa nuorta toipumisessa. Opetteleminen lähtee ahdistavien tilanteiden ja asioiden tunnistamisesta. Keskustelun avulla työstetään ajatuksia, jotka nousevat esiin ahdistavissa tilanteissa ja etsitään hyviä nuorta tukevia vaihtoehtoisia ajatuksia. Samalla nuori opettelee kohtaamaan vaikeita tunteita turvautumatta syömishäiriöoireisiin. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:25- 26.)

Nuori voi myös kirjoittaa paranemispäiväkirjaa. Päiväkirjan avulla hän voi itse nähdä oman toipumisprosessinsa. Nuorelle voi antaa päiväkirjaan erilaisia tehtäviä sekä teemoja käsiteltäväksi. Päiväkirjaan hän voi kirjoittaa tai piirtää tunteitaan ja mielteitään. Päiväkirjan teemoja voi käydä läpi omahoitajan kanssa, mikäli nuori haluaa. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:25- 26.)

Nuoren kehonkuvan muutosta voidaan myös dokumentoida aika ajoin esimerkiksi valokuvien tai videoinnin avulla, näin nuori näkee konkreettisesti hänessä tapahtuneet muutokset. Kehonkuvan realisoimisessa voidaan käyttää myös peiliä apuna. Painokäyrän piirtäminen on myös yksi keino havainnollistaa toipumista. Painokäyrää piirretäänkin koko hoidon ajan yhdessä omahoitajan kanssa. Painokäyrään merkitään myös hoidon aikana tehdyt sopimukset ja merkittävät tapahtumat. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:25- 26.)

3.2.2 Yhteisöllisyys

Osastohoidossa korostuu myös yhteisöllisyys. Yleensä osastolla olevat muut nuoret tukevat selviytymistä ja ovat tovereita sekä vertailun kohteita. Yhteisöllisestä hoidosta puhutaan silloin, kun tietoisesti pyritään hoidollisiin tavoitteisiin hyväksikäyttäen yhteisön sosiaalista toimintaa ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. Vertaistuki on samankaltaisessa tilanteessa kamppailevien ihmisten tukea toinen toisilleen. Osastolla saattaa tapahtua myös negatiivista matkimista, mutta yleensä vertaistuki on positiivista. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:26.)

Sairaalassa toteutettava hoito on osin yksilöllistä ja osin yhteisöllistä. Osastolla on tietty päivärytmi. Ateriat muodostavat tärkeän osan hoitoa ja usein syömistä tukee joku henkilökunnan jäsen. Osastoilla toimii usein erilaisia ryhmiä, jotka tarjoavat esimerkiksi musiikki- tai taideterapiaa, toimintaterapiaa, keskusteluja tai yhteisiä retkiä. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:62.)

3.2.3 Hoitosopimukset

Hoidon alussa on tärkeää määritellä tavoitepaino ja vauhti, jolla pyritään painon normalisoimiseen. Yksilöllisiä hoitosopimuksia voidaan tehdä kirjallisina säännöllisin väliajoin. (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:329.) Hoitosopimukseen kirjataan nuoren nykypaino sekä tavoitepaino. Hoitosopimukseen on myös syytä kirjata mahdolliset syömisen korvaavat toimenpiteet, kuten nenämahaletkuruokinta, mikäli nuori kieltäytyy syömästä tai ei kykene syömään riittävästi. Kaikki hoitotoimenpiteet ja tutkimukset tulee olla kirjattuna sopimuksessa käsittäen punnitsemisen, verenpaineen mittauksen ja mahdolliset verikokeet. Sopimukseen voidaan tarvittaessa kirjata sovitut painorajat, joiden mukaan nuori pääsee vuodelevosta, voi liikkua osastolla, voi ulkoilla ja voi alkaa harrastamaan ohjattua liikuntaa. Sopimusta muutetaan ja päivitetään sovitusti tai tarpeen mukaan koko osastohoidon ajan. Nuori ja mielellään myös vanhemmat allekirjoittavat hoitosopimuksen. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:19- 20.)

Nuorten näkökulmasta hoitosopimukseen sitoutumisessa nähtiin tärkeänä, että hoitosopimuksesta voidaan aina neuvotella ja että sen sisällöstä voidaan tarvittaessa keskustella, sekä sen sisältöä muuttaa tarpeen mukaan. Nuoret kokevat myös tärkeänä, että omahoitaja kertoo erilaisista vaihtoehtoista, joista hoitosopimukseen kirjataan nuoralle parhaiten sopivat hoitotyön auttamismenetelmät. Hoitosopimuksesta on hyvä teh-

dä kaksi kappaletta, joista toinen annetaan nuorelle itselleen. (Kuosmanen, 2000:31-32.)

Selkeät sopimukset ja rajat luovat syömishäiriötä sairastavalle nuorelle turvallisuuden tunnetta ja sitovat ahdistuksen ja kontrollin menettämisen tunteita. Nuorten mielestä hoitosopimukset myös konkretisoivat hoitotyötä ja se on apuväline arvioitaessa hyvinvoinnin kehittymistä osastohoidon aikana. Hoitosopimukseen liitettävien teemojen tulee olla realistisia ja sellaisia, että ne on mahdollista saavuttaa. (Halek, 1997:41- 47.)

3.2.4 Aliravitun potilaan tavoitepaino ja painon välitavoitteet

Aliravitun syömishäiriöpotilaan tavoitepainon määrittämisessä ei käytetä ihannepainotaulukoita, vaan tavoite asetetaan yksilöllisesti potilaan painohistorian mukaan. Tavoitteena voi olla potilaan biologisen normaalipainoalueen alaraja tai tavoite voidaan asettaa painoon, joka on 10 % alle sen painon, jossa potilas oli ennen syömishäiriöön sairastumista. Heti ravitsemuskuntoutuksen alussa ei ole välttämätöntä puhua potilaan kanssa tarkoista painotavoitelukemista. Sen sijaan voidaan keskustella biologisesta normaalipainosta, johon elimistö vähitellen hakeutuu, kun syöminen ja liikunta normalisoituvat. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:33- 34.) Biologinen normaalipaino on siis se, jota tavoitellaan. Biologisessa normaalipainossa syömishäiriöisen paino pysyi pitkään ennen sairastumistaan, kuukautiset tytöillä toimivat normaalisti eikä painossa pysyäkseen joutunut laihduttamaan tai tuntenut tarvetta ahmia. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:25.)

Aliravitun potilaan painotavoitteita tarkistetaan ravitsemuskuntoutuksen edetessä. Hoidon alussa keskitytään painon nousun käynnistymiseen. Sen jälkeen päämääränä on painon nousun jatkuvuus. Paino pyritään nostamaan suhteellisen nopeasti painoindeksiin 14,5kg/m². Seuraava tavoite on välitavoitepaino, joka on yleensä lähellä painoindeksiä 17,5 kg/m². Kasvavan nuoren välitavoitepaino voidaan määrittää sille painoalueelle, jolla hän oli ennen syömishäiriöön sairastumistaan. Välitavoitepaino ei vielä vastaa potilaan normaalipainoa, ja onkin tärkeää, ettei potilaalle synny missään vaiheessa vaikutelmaa välitavoitepainon riittävydestä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:35.)

3.2.5 Omahoitajana toimiminen

Omahoitajan tehtävänä on vastata oman nuoren hoitotyön suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Aluksi omahoitaja auttaa nuorta sopeutumaan hoitoympäristöön tutustuttamalla osaston arkeen ja käytäntöihin. Hoitosuhteessa nuori voi kokea läheisyyttä ja tulla aikanaan autetuksi sekä turvautua omahoitajaan. Omahoitajan yksi tärkein tehtävä on toimia nuoren arjen oppaana ja rinnalla kulkijana koko hoidon ajan. Omahoitaja on myös merkittävä toimija perheen kanssa tehtävässä yhteistyössä. Luottamuksellinen hoitosuhde nuoren ja omahoitajan välillä edellyttää usein, että omahoitaja ei tapaa nuoren perhettä ilman tämän läsnäoloa. Vanhempia tapaa useimmiten toinen nuoren hoitoon osallistuva hoitaja. Moni ammatillisessa työryhmässä omahoitaja toimii nuoren edunvalvojana tuoden nuoren näkökulman esille ja kantaa huolta siitä, että nuoren asiat tulevat käsitellyiksi. Työryhmässä omahoitaja ylläpitää luottamusta nuoren mahdollisuuksiin. Omahoitajan tehtävänä on myös kirjata yhteistyössä nuoren ja perheen kanssa tehdyt hoidon tavoitteet. Tavoitteiden arvioiminen on osa hoidon etenemisen seuranta ja tästä päävastuun kantaa omahoitaja. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:18.)

Välineenä omahoitajatyöskentelyssä voidaan käyttää paranemispäiväkirjaa, johon nuori saa kirjoittaa mietteitään, tehdä päiväkirjaan liittyviä tehtäviä, esimerkiksi piirrellä ja kuvata omaa ahdistuksen tunnettaan. Omahoitaja voi antaa teemoja käsiteltäviksi nuorelle ja he voivat käydä niitä päiväkirjan avulla yhdessä läpi. (Kuosmanen, 2000: 31-32.) Kuosmanen (2000) tutkimuksessa nuoret kuvasivat päiväkirjatyöskentelyn helpottaneen ahdistuksen tunnetta. Paranemispäiväkirja auttaa myös hoitajaa ymmärtämään potilasta paremmin sekä eläytymään paremmin tämän tunteisiin ja kokemusmaailmaan. Se on apuvälineenä tunnistettaessa oireilun taustalla olevia syitä, ja auttaa löytämään uusia ongelmanratkaisumalleja sekä erilaisia käyttäytymismalleja tilanteiden ratkaisuun. Työskentelyn kautta omahoitajat pystyvät tutustumaan kokonaisvaltaisesti potilaan sisäiseen todellisuuteen. (Kuosmanen. 2000:53.)

3.2.6 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus ja ravitsemusohjaus ovat keskeinen osa syömishäiriöpotilaan hoitoa. Psykoedukaation tavoitteena on antaa tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, ravitsemuksesta ja ruokavalion toteutuksesta, biologisesta normaali-painosta ja painon säätelystä, liikunnasta. Lisäksi annetaan tietoa laihduttamisen, painon laskun, ahminnan ja oksentelun vaikutuksista ruumiiseen, mieleen ja ihmissuhteisiin sekä sairauden uusiutumisen estosta. Tavoitteena on myös tutustua syömishäiriön

taustalla oleviin uskomuksiin, keskustella niistä ja tarvittaessa oikaista niitä, jotta ne eivät olisi paranemisen esteenä. Psykoedukaatiossa potilaalle ei anneta tietoa autoritaarisesti, vaan hän on aktiivinen ja tasavertainen osallistuja. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:74.) Psykoedukaatio ei ole pelkästään tiedon ja neuvojen jakamista, vaan nuori nähdään tasavertaisena ja aktiivisena yhteistyökumppanina senhetkisine voimavaroineen (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:19.)

3.2.7 Syömishäiriö potilaan liikunta

Osalle potilaita liikunta on keskeinen osa syömishäiriöoireilua kun taas osalle liikunta ei ole kovinkaan tärkeää tai heillä ei ole enää voimia harrastaa sitä. Liikuntamäärän määrittäminen syömishäiriöpotilaalle on vaikeaa, koska anoreksiapotilaan luusto voi haurastua jo muutamassa kuukaudessa. Kohtuullisen liikunnan tiedetään vahvistavan luustoa, mutta pitkäkestoinen, luustoa rasittava liikunta edistää luun haurastumista ja voi aiheuttaa rasisusmurtumia. Luun tiheyden määrittäminen antaa tietoa potilaan luuston kunnosta, jolloin voidaan yksilöllisesti määrittää potilaalle sopiva liikunta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:164- 165.)

Liikunnan rajaaminen on kuitenkin tavallisesti välttämätöntä, jotta alipainoisen potilaan paino nousisi. Sopiva liikuntamäärä arvioidaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Osastohoidossa olevan syömishäiriöpotilaan liikuntaa rajataan, jotta energian kulutus ja somaattiset riskit minimoidaan. Osastohoidossa syömishäiriöisille suositellaan fysioterapeuttin suunnittelemaa ohjattua liikuntaa. Aluksi sopiva liikuntamäärä potilaalle on esimerkiksi puoli tuntia päivässä rauhallista ulkoilua hoitajan seurassa. Ihanteellista olisi, että ennen kotiutumista potilas olisi saavuttanut sellaisen painon, missä hän voi turvallisesti liikkua sen verran, kuin jatkossakin aikoo. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:164- 165.) Syömishäiriöisen potilaan painon lähdettyä nousuun liikunnasta saattaa olla hyötyä, koska se voi lisätä laihuushäiriöpotilaan subjektiivista hyvinvointia ja hoitomyöntyvyyttä sairaalahoidon aikana. (Käypä hoito, 2009.)

3.2.8 Syömishäiriön psykologinen merkitys potilaalle

Syömishäiriö antaa nuorelle kontrollin tunteen, jonka tiukan ruokavalion noudattaminen ja laihtuminen hänelle antavat. Syömishäiriökäyttäytymisellä hän tuntee hallitsevansa elämänsä ja ruumistaan ja saa onnistumisen tunteita. Potilas ei välttämättä huomaa yhteyttä syömishäiriökäyttäytymisen ja fyysisten ongelmien välillä. Osa fyysisistä oireis-

ta saattaa antaa jopa mielihyvää syömishäiriöiselle, koska ne todistavat hänen onnistuneen laihtuttamisessaan. Laihtuminen ei ole potilaalle ongelma vaan päämäärä, joten on ymmärrettävää, ettei hän halua nostaa painoaan. Pienikin painon nousu on potilaalle suuri uhka, koska se on pelottavinta mitä hän tietää. Syömisen rajoittamiseen motivoivat myös muut psykologiset tekijät kuten esimerkiksi pyrkimys asketismiin tai itserankaisu. Potilas suhtautuu paranemiseen ja painon nousuun ristiriitaisin mielin, mikä tekee syömishäiriöiden hoidosta hyvin haasteellista. Oleellista hoitavien henkilöiden on ymmärtää, miten vaikea ja pelottavaa muutos ja paraneminen on syömishäiriöpotilaalle. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:15- 17.)

3.3 Syömishäiriöisen muutoksen vaiheet

Potilaiden valmius muutokseen voidaan jakaa viiteen vaiheeseen. Hoitoon tullessaan potilaat ovat useimmiten esiharkinta- tai harkintavaiheessa. Hoitavien henkilöiden on tärkeää tunnistaa, missä vaiheessa muutosprosessia potilas on, jotta lähestymistapa osataan valita niin, että potilas hyötyy siitä eikä hänessä herää vastarinta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:16- 17.)

3.3.1 Esiharkintavaihe:

Tässä vaiheessa potilas ei vielä tunne tarvetta muutokseen tai edes tiedosta, että hänellä on ongelma. Tässä vaiheessa potilas hyötyy psykoedukaatiosta eli sairauteen liittyvästä tiedosta. Sairaudentuntoa voi herätellä kysymällä mistä potilas itse tai hänen perheensä on huolissaan.

3.3.2 Harkintavaihe:

Harkintavaiheessa potilas on alkanut tiedostaa, että hänellä on ongelma ja hänellä on ristiriitaisia ajatuksia liittyen sairauteensa. Hän sahaa oireen oikeutuksen ja haittojen välillä ja suunnittelee tekevänsä ehkä jotain joskus myöhemmin. Tässäkin vaiheessa psykoedukaatio on tarpeen ja yhdessä mietitään haittoja ja hyötyjä. Potilas on avoin tiedolle, mutta ei ole vielä valmis sitoutumaan muutokseen. Potilasta johdatellaan näkemään ristiriita sen välillä, missä tilanteessa hän on ja missä hän haluaisi olla ja sanomaan itse, mitä hän haluaa muuttaa tai tehdä.

3.3.3 Valmistautumisvaihe:

Tässä vaiheessa potilas haluaa tehdä muutoksia ja kaipaa apua pienten pysyvien ja konkreettisten muutosten tekemiseksi, mutta voi olla vielä epävarma ja pelokas.

3.3.4 Muutos- tai toimintavaihe:

Tässä vaiheessa potilas on sitoutunut muutokseen ja alkanut jo muuttaa käyttäytymistään. Hän pyrkii murtamaan jäykkiä ruokailusääntöjä ja kokeilemaan uusia toimintatapoja. Tässä vaiheessa potilas tarvitsee käytännön vinkkejä, tiivistä tukea ja rohkaisua. Tässä vaiheessa potilas hyöttyy useimmiten eniten osastohoidosta.

3.3.5 Ylläpitovaihe:

Potilas työskentelee luodakseen pysyviä toimintatapoja omaan arkeensa ja ehkäistäkseen takapakkeja sekä uudelleen sairastumisen. Potilas saattaa edelleen suhtautua ristiriitaisin mielin paranemiseen ja voikin hairautua takaisin syömishäiriökäyttäytymiseen ja edeltäviin muutosvaiheisiin. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:16- 17.)

3.4 somaattinen seuranta ja hoito

Somaattinen seuranta ja tehtävät mittaukset suunnitellaan yhdessä lääkärin kanssa. Ennalta sovitut mittaukset ja toimenpiteet kirjataan hoitosopimukseen. Syömishäiriöisen nuoren kohdalla seurataan yleistilaa, painoa, verenpainetta, pulssia sekä turvotuksia. Punnituksella seurataan ravitsemushoidon vaikuttavuutta. Hoidon alussa verenpainetta ja pulssia seurataan päivittäin. Syömishäiriötä sairastavan nuoren pulssi on yleensä matala. Korkea pulssi voi johtua esimerkiksi ahdistuneisuudesta, sydämen vajaatoiminnasta tai lääkityksestä. Verenpaine ja pulssi otetaan aamulla ensimmäisenä, usein ennen kuin nuori nousee ylös vuoteesta. Aliravitsemustilan korjaantuminen aiheuttaa turvotuksia kehossa, joten käsien ja jalkojen turvotusten seuraaminen on tärkeää. Turvotusta on seurattava mahdollisten vakavien komplikaatioiden vuoksi, näitä ovat aivoödeema ja sydämentoimintaan liittyvät ongelmat. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:22- 23.)

3.4.1 Oksentaminen

Syömishäiriöön sairastunut oksentaa kuitenkin sen takia, että hän kokee niin suunnatonta ahdistusta ajatellessaan, että juuri syöty ruoka kertyy saman tien rasvaksi kehoon. Huolimatta oksentamisen epämiellyttävyydestä siitä tulee monille tapa, joka sujuu yhtä helposti ja automaattisesti kuin käsienpesu vessassa käynnin jälkeen. Oksentaessa todellisuudessa vain 60- 70 % mahalaukun sisällöstä poistuu, loput ehtivät eteenpäin suolistossa. Monet uskovat pystyvänsä lopettamaan oksentamisen koska tahansa, mutta todellisuudessa sen lopettaminen ei aina olekaan niin helppoa. Yrittäessä lopettaa oksentamista ahdistus kasvaa helposti ilman tukea niin suureksi, että sitä on vaikea sietää toimimatta kuten aiemmin ahdistuksen lopettamiseksi, oksentamalla.

Monet kokevat ahdistuvansa, kun he pitävät ruuan sisällään, ja tuntevat itsensä oksentamisen jälkeen arvottomaksi. Valinta luo siis ahdistusta riippumatta siitä, pitääkö ihminen ruuan sisällään vai oksentaako hän sen pois. (Gisela van der Ster, 2006:86- 87.)

Silmiinpistävä merkki oksentamisesta on sylkirauhasten turpoaminen. Se on vaaraton mutta toisaalta sitäkin selkeämpi oire, koska se näyttää samanlaiselta kuin sikotaudissa. Turvotus on leuan alapuolella ja siitä hiukan ylöspäin kasvojen sivuilla. Tämä turvotus tulkitaan valitettavasti väärin: henkilö näyttää mielestään lihavalta. Turvotus ei kuitenkaan liity mitenkään siihen, mitä henkilö syö, vaan se johtuu pelkästään oksentamisesta. Se katoaa muutamassa viikossa oksentamisen lopettamisen jälkeen. Syytä sylkirauhasten turpoamiseen runsaan oksentelun yhteydessä ei tiedetä, tiedetään vain että ne rasittuvat. (Gisela van der Ster, 2006:87- 88.)

Oksentamisen seurauksena keho menettää paitsi energiaa ja ravintoaineita, myös runsaasti nestettä, tämän vuoksi oksentamisen jälkeen tulee erityisen kova jano. Mahan sisältämän nesteen mukana elimistö menettää kuitenkin myös elintärkeitä elektrolyyttejä eli natriumia, kaliumia ja klooria. Elektrolyytit ovat elintärkeitä, sillä ne siirtävät sähköimpulsseja lihaksissamme. Joskus oksentelusta kertoo myös veren alhainen kaliumpitoisuus. Kaliumpuutoksen voi verikokeen lisäksi huomata siitä, että käsivarsissa ja sääriissä esiintyy pistelyä tai nipistelyä. Pistely ei ole sama asia kuin puutuminen, jota voi tulla natriumin puutoksesta, mutta molemmat oireet osoittavat, että jotain on vialla. Jos siis syömishäiriöpotilas tuntee pistelyä, elimistön on tärkeä saada kaliumia, jota on muun muassa kuivatuissa hedelmissä, pähkinöissä, pavuissa, banaanissa, perunassa, ruusunmarjakeitossa, mustaherukassa, vellissä, hedelmissä, vihanneksissa, juureksissa ja kahvissa. Oikein hyvä yhdistelmä on annos velliä, johon lisätään maustemitallinen suolaa ja ½ dl rusinoita. Ellei nipistelylle tehdä mitään, kaliumpuutoksen seuraavassa vaiheessa raajoihin tulee kouristuksia. Kaliumpuutoksen kolmannessa ja vakavimmasa vaiheessa sydän alkaa hakata ja sydämeen tulee muutenkin ongelmia. (Gisela van der Ster, 2006:88- 89.)

Oksentelu on ehdottomasti helpompi lopettaa, jos tietää sen riskit ja mitä elimistössä sen seurauksena tapahtuu. Oksentelun lopettaminen tuntuu hyvin epämiellyttävältä ja aiheuttaa voimakasta ahdistusta. Ensisijainen syy ahdistukseen ja pahaan oloon on se, että maha ja kasvot turpoavat joksikin aikaa. Joskus myös käsivarret ja kädet turpoavat, mutta se ei ole niin silmiinpistävää. Turvotuksen aiheuttaa se, että oksentelun loppuessa kehon solujen sisältä ja ympäristöstä kuljetetaan pois nestettä, jolloin tilalle on

tuotava uutta nestettä. Ennen kuin kaikki neste kulkeutuu rakkoon, ihminen on turvoksissa ja tällöin myös virtsaa erittyy runsaasti ja turvotus on huomattavaa. Turvotuksen vähentyminen on yksilöllistä, mutta siihen menee keskimäärin aikaa viidestä kymmeneen viikkoon. Yleensä mitä pidempään ja enemmän on oksentanut – sen kauemmin kestää ennen kuin ylimääräinen virtsantulo ja turvotus katoavat. Oksentamista lopettavan pitäisi kuulla mieluiten joka päivä, että turvonnut vatsa ei johdu äkillisestä painon noususta. (Gisela van der Ster, 2006:90.)

3.4.2 Ulostuslääkkeet

Jotkut syömishäiriöiset käyttävät myös ulostuslääkkeitä päästäkseen, jotta syöty ruoka ei imeytyisi kehoon. Todellisuudessa ulostuslääkkeillä syödyistä ravinnosta poistuu vain noin kymmenen prosenttia huolimatta siitä kuinka paljon ulostuslääkettä nauttii. Kuitenkin ulostuslääkkeitä käytettäessä elimistöstä poistuu runsaasti vettä ja elektrolyyttejä ja tällöin nestehukka saa aikaan sen että vatsa tuntuu tyhjältä ja litteältä. Kun ulostuslääkkeiden käytön lopettaa, käy samoin kuin oksentamisen lopettamisen yhteydessä: ihminen turpoaa. Elimistön toipuminen ulostuslääkkeiden käytöstä on yksilöllistä ja riippuu käyttöajan pituudesta. Jos suolen tyhjentämisessä on turvauduttu ulostuslääkkeisiin useita vuosia, voi olla vaikea saada suoli taas toimimaan. Laiskistuneen suolen toimintaa voidaan parantaa harjoittelemalla, se ei ole helppoa, mutta se on mahdollista. Riittävä vesi, suola ja gefilustuotteet ovat suositeltavia ulostuslääkkeiden käytön lopettamisen yhteydessä. (Gisela van der Ster, 2006:94- 95.)

3.4.3 Paino

Punnituksilla seurataan potilaan ravitsemuskuntoutuksen edistymistä ja ravitsemushoidon tehoa. Painokäyrän piirtäminen havainnollistaa anoreksiapotilaalle ja hoitotiimille ravitsemuskuntoutuksessa edistymistä. Käyrästölle voi vetää viivat potilaan välitavoitepainojen ja arvioidun biologisen normaalipainon kohdalle. (kts. Liite1) Painon kehityksen suunnan näkee usein vasta useamman punnituksen jälkeen. Jos kuitenkin vakavasti alipainoisen potilaan paino laskee, reagoidaan siihen heti. Hoidon alussa potilaan ei ole välttämätöntä itse katsoa vaa`an lukemaa. Tässä tapauksessa työntekijä antaa kuitenkin palautetta punnituksesta, kuten ”painosi on laskenut edellisestä punnituksesta kilon, joten meidän täytyy miettiä, miten voisit lisätä energiansaantiasi.” On hoidollisesti mielekästä, että potilas kuitenkin hoidon edetessä kuulee painonsa, jotta hän voi

työstää muutosta ja painon ylikorostunut merkitys potilaan ajatuksissa vähenee. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola. 2005:43.)

Painokäyrää olisi hyvä tehdä yhdessä nuoren kanssa ja siihen olisi hyvä liittää myös hoidon aikana tehtyjä sopimuksia ja hoidossa tapahtuneita merkittäviä tapahtumia. Syömishäiriöiset nuoret ovat kokeneet painokäyrän tekemisen yhdessä omahoitajan kanssa hyvänä välineenä, jonka avulla on ollut hyvä arvioida yhdessä osastohoidon vaikutusta tervehtymiseen. (Kuosmanen, 2000: 32.)

3.4.4 Punnituskäytännöt

Osastohoidon aikana punnitukset ovat normaalisti 1-2 kertaa viikossa. Toinen päivä voi olla aina sama viikonpäivä, mutta toinen päivä voi vaihdella viikoittain. Vakavan aliravitsemuksen (BMI alle 14,5) kohdalla punnituksia voi olla useamminkin. Alipainoinen potilas punnitaan mieluiten alusvaatteissa heti heräämisen jälkeen, ennen aamupalan syömistä ja juomista. On otettava huomioon, että syömishäiriöpotilas saattaa tankata vedellä tai piilottaa painoja vaatteiden alle ennen punnitusta. Tämä näkyy ristiriitana painolukeman ja yleiskunnon välillä. Potilaan kanssa voi puhua etukäteen houkutuksesta manipuloida painoa ja todeta, että tankkausta ja lisäpainoja voi käyttää vain tiettyynajaan asti. Ennen tai myöhemmin potilaan paino ei enää nousisi ja huijaus tulisi joka tapauksessa ilmi. Kun potilaan kanssa keskustellaan etukäteen syömishäiriön mahdollisesti aiheuttamasta epärehellisestä käytöksestä, hän ei välttämättä turvautu siihen, koska hänellä on tunne, että häntä ja hänen sairauttaan ymmärretään ja häntä halutaan auttaa negatiivisesta käytöksestä huolimatta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:38- 42.)

Punnitukset hoitavan henkilön kanssa tapahtuvat rakentavassa hengessä, ja painon muutos asetetaan oikeisiin mittasuhteisiin mm. keskustelemalla taustalla olevista fysiologisista tekijöistä sekä korostetaan suhteellista painoa sekä painoindeksin merkitystä. Syömishäiriöstä toipuminen edellyttää painoon liittyvien ajatusten ja pelkojen käsittelyä. Punnitusten herättämä ahdistus laimenee tavallisesti ajan myötä, ja siihen auttaa asiantieto, jota työntekijä voi punnituksen yhteydessä antaa. Painon nousuun sopeutumista voi helpottaa, kun punnituksen jälkeen potilaan kanssa keskustellaan hänen vointiinsa ja jaksamiseen liittyvistä asioista, jotka ovat parantuneet ja korjaantuneet painon nousun ansiosta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:37- 43.)

Edellä mainittuja punnitukseen liittyviä käytäntöjä noudattavat myös Helsingissä toimiva Ulfåsa U 26 syömishäiriöisten osasto. (Montin-Toiva, K. 2009)

3.4.5 Painokeskustelu potilaan kanssa

Potilaan painon kommentoinnissa on oltava varovainen, koska potilas saattaa tulkita minkä tahansa kommentin painostaan kannanotoksi lihavuudestaan. Painoon liittyvien huomautusten tai havaintojen sijaan on hedelmällisempää kysyä potilaalta itseltään, mitä hän itse ajattelee senhetkisestä painostaan. Syömishäiriöpotilaan sairaudentunnon herättelyyn kuuluu kuitenkin todeta ääneen hänen vaikea aliravitsemustilansa. Potilaan kanssa keskustellaan jatkuvasti hänen hyvinvoinnistaan sekä fyysisestä ja psyykkisestä yleiskunnostaan, jotka ovat merkittäviä paranemisen mittareita. Paino on vain yksi ravitsemustilan ja potilaan toipumisen seurannassa käytetty mittari, joka on käytännössä melko ailahteleva. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:39.)

Painon nousu ja kehon muutokset herättävät syömishäiriöpotilaassa ahdistusta. Etenkin potilaan huomio kiinnittyy yleensä keskivartalon kuviteltuihin ja todellisiin muutoksiin. Maha voi vaikuttaa suurelta verrattuna muuhun vartaloon, joka on poikkeuksellisen laiha. Aliravitsemus hidastaa ruuansulatusta ja mahalaukun tyhjenemistä, jolloin ruoka jää mahalaukkuun tavallista pidemmäksi aikaa. Potilaan lihaksisto voi olla myös heikentynyt keskivartalon kohdalta, jolloin lihakset eivät jaksaa pitää vatsaa litteänä. Painon noustessa elimistö rakentaa lihaskudosta mutta myös rasvaa. Tutkimusten mukaan painon nousuvaiheessa rasvaa kerääntyy aluksi enemmän keskivartalon alueelle, mutta myöhemmin tasaisesti koko vartaloon. Ravitsemuskuntoutuksen alussa elimistö rakentaa kuitenkin ensisijaisesti lihaksia (noin 70 % uudesta kudoksesta). Näiden tietojen läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa on hyödyllistä ja valmistaa potilasta kehonsa muutokseen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:42.)

Potilaalle voi realisoida painon nousun vaivalloisuutta kertomalla, että puolen kilon painon nousu viikossa edellyttää 500 kcal lisäystä siihen energian tarpeeseen, jonka elimistö tarvitsee kulloisessakin painossa. Painon lähestyessä normaalilukemia painon nostaminen on yhä työläämpää, koska aineenvaihdunta on vilkkaampaa kuin alipainossa, liikunta lisääntyy lupien ja voimien palauduttua ja aikaisempaa korkeamman painon ylläpitämiseen kuluu entistä enemmän energiaa. Edelleen ruokavaliossa on oltava kuitenkin perustarpeen lisäksi ylimääräiset 500 kcal, jotta painon nousu jatkuisi. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:53.)

3.5 Perheen merkitys

Perheen osallistuminen hoitoon on tärkeää, ja myös perhe tarvitsee tukea (Lasten- ja nuorisopsykiatria, 2004:329). Syömishäiriö koskettaa koko perhettä, ja erityisesti nuoren potilaan hoitoon otetaan perhe mukaan. Nuoren syömättömyys, aliravitsemus tai ahminta johtavat usein siihen, että vanhemmat alkavat korostetusti tarkkailla ja kontrolloida hänen syömisensä. Vanhemmille korostetaan sitä, että nuoren tulee voida itse päättää ja huolehtia syömisestään. Poikkeuksena tässä on esimurrosikäinen, joka tarvitsee vielä vanhempien tukea. Vanhempien kanssa voidaan käydä läpi normaalin ja terveen syömisestä periaatteita. Yhteistapaamisissa voidaan myös hyödyntää vanhempien asiantuntemusta lapsestaan, mistä on apua suunniteltaessa hoitoa. Nuorelta kysytään, millä lailla hän haluaisi vanhempien auttavan häntä, mikä on toiminut hyvin ja mikä ei. Yhteistapaamisissa mietitään myös vastuunjakoja kuten kuka tekee ruokaostokset, kuka laittaa ruuan ja kuka annostelee ruuan lautaselle. Tehtävän jaossa kuuluaan kaikkia ja mietitään yhdessä hyviä ja huonoja puolia. Syömishäiriöisillä nuorilla on joskus taipumus yrittää määräillä tiukasti koko perheen syömistä, tässä tapauksessa perheelle on hyvä muistuttaa, ettei nuorella ole oikeutta määrätä mitä muut syövät. Ateriasuunnitelma helpottaa vanhempien roolia, koska heidän ei tarvitse tehdä päätöksiä siitä, mitä ja miten paljon potilaan tulisi syödä. Perhettä tuetaan syömään yhteisiä aterioita ja välttämään ruuasta riitelyä ruokapöydässä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:18.)

Vaikka varsinaista perheterapiaa ei hoitoon kuuluisikaan, on perheen huomioonottaminen hoidon eri vaiheissa tärkeää. Perhe tarvitsee tukea ja tietoa syömishäiriöistä. Myös vertaistuen mahdollisuudet kannattaa hyödyntää. (Käypä hoito, 2009.)

Perheen on hyvä tietää, että sairastunut voi ilmaista ahdistustaan hyvinkin voimallisesti, ja läheisille saattaa tulla tunne, että hoito on huonoa, koska sairastunut tuntuu kärsivän kovasti. Sellaisessa tilanteessa on hyvä, jos läheiset voivat rohkaista sairastunutta ottamaan hoitoa vastaan, vaikka se tuntuukin vaikealta tai jopa tuskalliselta. Jos läheiset tässä tilanteessa alkavat taistella hoitoa vastaan, he tulevat vahingossa tukeneeksi sairautta eivätkä paranemista. Jotta hoitoa ei vaarannettaisi, on hyvä esittää kritiikki hoitaville henkilöille ilman sairastuneen läsnäoloa. Jos nuoren kuullen kritisoidaan hänen hoitoaan, se vaikeuttaa yleensä hänen mahdollisuuksiaan ottaa hoitoa vastaan,

vaikka erimielisyyksistä päästäisiinkin yli. (Keski- Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:66.)

Hoitotyössä perhettä tuetaan ja ohjataan ennalta sovituissa keskusteluissa ja arkipäivän tilanteissa osastolla. Keskustelujen tarkoituksena on tehdä yhteistyötä vanhempien kanssa, tukea vanhemmuutta sekä kuvata syömishäiriöiden taustalla olevaa dynamiikkaa. (Kunes-Conell, 1991:701- 713.) Keskusteluissa kuvataan osastohoidon sisältöä ja hoidossa käytettäviä auttamismenetelmiä, tuetaan nuoren irtautumista vanhemmistaan, kuvataan nuoruusiän keskeisiä kehitystehtäviä sekä käydään läpi perheessä osastohoidon aikana heränneitä tunteita ja ajatuksia. (Muscari, 1988:475- 482.)

Perhetyön tarkoituksena on tukea perhettä, ohjata ja antaa tietoa syömishäiriöistä sairautena, sekä kertoa perheelle tukiryhmistä ja syömishäiriöyhdistysten toiminnasta. (Kuosmanen, 2000:14.) Internetissä hyödyllisiä osoitteita annettavaksi perheelle ovat: www.syomishairioliitto.fi sekä www.voimaa.net. Voimaa.net, Etelä-Suomen syömishäiriöperheet ry – Sivustoilta löytyy vertaistukea, toimintaa ja tiedotusta syömishäiriöistä kärsiville ja heidän läheisilleen.

3.6 Kuntoutuminen ja sairaalahoidon päättymisvaihe

Kuntoutuminen pitää sisällään inhimillistä kasvua, takaiskuja sekä nopeaa edistymistä että pysähtyneisyyttä. Kuntoutuminen alkaa siitä, kun nuori itse tiedostaa häiriön olemassaolon. Kuntoutumisella ei välttämättä tarkoiteta samaa kuin paranemisella ja oireiden poistumisella, sillä kuntoutumista voi tapahtua vaikka oireilua olisikin olemassa. Kuntoutuminen alkaa omien tunteiden tunnistamisella ja niistä puhumisena. Toipumisen keskeisiin piirteisiin kuuluu normaalin nuoruuden ilmiöiden ymmärtäminen ja asioista puhuminen suoraan. On tärkeää, että nuori ymmärtää, mitkä asiat kuuluvat normaaliin kasvamiseen ja aikuistumiseen ja mitkä asiat ovat sellaisia, joita pitää työstää. Toipumiseen kuuluu myös tulevaisuuden näkökulma. Toivon herättäminen hoitosuhteessa on keskeinen elämänhalua ja toipumista tukeva elementti. Toivon löytyminen mahdollistaa myös nuoren voimavarojen lisääntymisen ja kasvamisen. (Korhonen, Piriinen, Rissanen & Salokoski, 2008:26- 27.)

Syömishäiriöistä toipuminen on pitkä prosessi. Toipumisessa keskeisintä on nuoren oma tahto ja motivaatio. Keskimääräinen sairastamisaika on kuudesta seitsemään vuo-

ta. Toipumisessa merkityksellistä on itsensä ja maailman havaitseminen uudella tavalla. Sairastunut ei koe tekevänsä väärin, vaikka ei noudatakaan enää anorektista tapaa toimia ja elää. Voidaan ajatella, että toipuessaan nuori alkaa syödä normaalisti, vaikka toipuminen näkyykin ensin muilla elämänalueilla. Toipuminen näkyy mm. sosiaalisuuden lisääntymisenä. Nuori kykenee myös tekemään valintoja, hän hymyilee, pystyy pitämään sovitusta asioista kiinni, ahdistus vähenee ja keskittymiskyky paranee. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:26- 27.)

Sairaalahoidon päättyminen voi aiheuttaa pelkoa ja hylkäämisen tunnetta, siksi hoidon lopettaminen tulee tehdä rauhassa ja ajan kanssa. Ennen hoidon loppumista on tärkeää varmistaa sopiva ja riittävä tuki sekä jatkohoito, sillä paluu oirekäyttäytymiseen elämänmuutosten yhteydessä on suuri. Hoidon päättyessä jatkopaikka tulisi olla sovittuna ja siirtymävaiheen alussa on hyvä, jos nuori voi olla yhteydessä osastoon. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:27.)

Pidemmän ajan tavoitteena syömishäiriöiselle nuorelle on oman ruumiin hyväksyminen normaalipainoisena. Kaikki tavoitteet eivät aina toteudu osastohoidon aikana, joten usein osastojakson loppuvaiheessa laaditaan avohoidon kuntoutussuunnitelma. Ihanteellista on, jos sairaalahoidon jatkohoitona on mahdollisuus saada syömishäiriöihin perehtyneen terapeutin tarjoamaa psykoterapiaa sekä asiantuntevan lääkärin ja ravitsemusterapeutin hoitoa. Joskus kuntoutumisen tueksi on mahdollista saada erilaisia yhteiskunnan tukemia kuntoutusmuotoja, esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen tukemaa psykoterapiakuntoutusta tai Kansaneläkelaitoksen tai työvoimaviranomaisten tukemaa ammatillista kuntoutusta. Suunnitelma paluusta kouluun, työhön tai opiskelun pariin ja suunnitelman toteuttamisen seuranta on keskeinen osa avohoidon kuntoutumista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:63- 64.)

Syömishäiriöiden paranemismääritelmiä on useita erilaisia, mutta yleensä syömishäiriöstä toipuneeksi katsotaan henkilö, joka on biologisessa normaalipainossaan, jonka kuukautiskierto on säännöllinen tai luontainen sukupuolihormonitoiminta normaali, joka ei ahmi eikä oksenna säännöllisesti ja jonka suhde omaan painoon ja kehoon ei enää ole vahvasti vääristynyt. Monien syömishäiriöpotilaiden oma määritelmä parantumisesta on, että sairastumisvaihe on pysyvästi jäänyt taakse, että opinnot, työ ja läheiset ihmissuhteet alkavat olla kunnossa ja että syömisen, ruuan, painon ja oman vartalon

ajattelu ei enää ota elämässä pääroolia. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:70.)

Usein ensimmäiset merkit paranemisesta ovat, että tyhjentäytyminen, ahmiminen sekä syömisen tiukka säännöstely jäävät taka-alalle. Sen seurauksena saavutetaan laihuushäiriössä fyysinen paraneminen. Tähän yleensä päättyy hoidon intensiivisin vaihe syömishäiriöihin erikoistuneissa hoitopisteissä. Laaja-alainen kuntoutuminen sairaudesta jatkuu, kun syömishäiriöihin liittyvä käyttäytyminen väistyy ja fyysiset oireet alkavat olla hallinnassa. Syömishäiriöihin liittyvät psyykkisten oireiden, kuten vääristyneen kehonkuvan, ylikriittisen itse arvioinnin, ahdistuneisuuden ja itsetunto-ongelmien korjaantuminen on usein kesken varsinaisen hoidon päättyessä. Lopullinen psyykinen kuntoutuminen voi viedä useita vuosia. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008:71.)

3.7 Hoitajan oma jaksaminen

Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitamisen on todettu herättävän hoitohenkilökunnassa voimakkaita vastatunteita. Nämä johtuvat osaksi syömishäiriöstä kärsivän nuoren ajattelusta ja toiminnasta, joka on ristiriitaista, vastakkaisten tarpeiden tai tunteiden yhtäaikaista esiintymistä. Hoitohenkilökunta on tuonut esille myös sairauden vaikean luonteen, jossa ei ole näkyvissä pitkään aikaan muutosta parempaan. Hoitajat kokivat ajoittain voimakasta ristiriitaa sekä harmin, turhautumisen- ja ärtymyksen tunteita. Suuttumusta herättivät nuoren haitalliset toimintatavat, joihin ohjaus ei auttanut. Uuvuttavana tekijänä hoitajat ovat kokeneet vahtimisen ja jatkuvan tarkkailemisen. Luottamuksen saavuttaminen koettiin haasteelliseksi. Molemmipuolista luottamusta horjutti nuoren kohdistama manipulointi hoitajia kohtaan ja hoitajien nuoriin kohdistama syyllistäminen ja leimaaminen. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:28.)

Nuorten hoitoyhteisön on todettu koettelevan kollegiaalisuutta voimakkaammin, kuin aikuisten yhteisöt. Hoitotyössä jaksamista tukevat yhteiset keskustelut kollegoiden kanssa. On myös hyvä miettiä yhdessä suhtautumistapoja nuoreen ja koota käsityksiä oman nuoren tilanteesta. Hoitotyössä heränneistä tunteista puhuminen työyhteisössä on tärkeää. Työryhmässä toinen toisensa tukeminen ja kuunteleminen auttavat jaksamaan. On hyvä muistaa, että työryhmä edustaa nuorelle vanhemmuutta ja siksi aikuisten välinen saumaton yhteistyö auttaa nuoria eheytytymään. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:28.)

Hoitotyössä työnohjauksen käyttäminen on välttämätöntä. Työnohjaus auttaa tarkastelemaan hoitoa ja hoitosuhdetta sekä siinä tapahtuneita asioita objektiivisesti. Työnohjauksessa hoitaja voi jakaa hoitosuhteen herättämiä tunteita ja kokemuksia. Luottamuksellisessa työnohjaussuhteessa hoitaja voi tarkastella omaa tapaansa tehdä työtä ja tulla tietoiseksi omista ammatillisista kehittymismahdollisuuksistaan. Työnohjaus liikkuu kolmella eri tasolla: tukea-antavana, opetuksellisena ja kasvua edistävänä. Työnohjaus ei anna valmiita vastauksia, mutta se antaa valmiuksia ymmärtää itseään ja omaa sekä toisten tapaa tehdä työtä. Hoitosuhdetyöskentely ei ole mahdollista ilman hoitajan omaa reflektointia. On merkityksellistä, että hoitaja arvostaa itseään ja omaa työtään. Työnohjaus auttaa myös hoitajan itsereflektion ja oman työn arvostuksen löytymisessä sekä vaikeissa tunteita herättävissä hoitosuhteissa. Työnohjauksen avulla voi havaita omat rajansa ja ymmärtää itsehoidon merkityksen oman hyvinvointinsa perustana. Omien tunnetilojen ja mielialojen hallitsemiseksi on hyvä oppia käsittelemään hoitotyössä esiin nousevia tunteita. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:28- 29.)

Hoitotyöntekijän persoonallisuuden tärkein perusta on terve itsetunto. Kun hoitajalla on riittävän hyvä itsetunto, hän uskaltaa altistaa itsensä myös epävarmuudelle ja kritiikille. Silloin kun hoitaja ei ole riittävän tietoinen itsestään, on vaarana, että käsittelemättömät ja tukahdutetut tunteet sekä tarpeet voivat häiritä vuorovaikutusta hoitosuhteessa. Kyky olla läsnä aidosti pohjautuu todellisuudessa kykyymme olla ”tässä ja nyt” oman itsemme kanssa. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:28- 29.)

4 RAVITSEMUSHOITO

Ravitsemushoidon pääperiaatteena on saada potilas muuttamaan asteittain syömishäiriökäyttäytymistään. Potilaan syöminen ei normalisoidu siten, että hänelle annetaan malliksi standardiateriasuunnitelma. Muutos vaatii yksilöllistä asiaan paneutumista, aikaa, toistuvaa työstämistä ja kannustusta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:16.) Ravitsemushoidon tavoitteena on aliravitsemuksen korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömishäiriökäyttäytymisen normalisoiminen. Nuorten kohdalla tavoitteena on myös normaalin kasvun turvaaminen. Yleensä potilaan

ruokavalio monipuolistuu ja normalisoituu vasta painon korjaannuttua, ja samalla syömiseen liittyvät pakonomaiset ajatukset ja toiminnot vähenevät. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:16- 21.)

4.1 Aliravitsemuksen arviointi

Syömishäiriöpotilaan ravitsemustilan arvioinnissa käytetään aikuisilla sekä yli 16- vuotiailla painoindeksiä, tätä nuoremmilla käytetään kasvukäyrää ja pituuspainoa. Laihuushäiriöksi määritellään lapsilla, jos paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon. Painoindeksin mukaan alle 17,5 on lievä aliravitsemus sekä alle 14,5- 17,5 on keskivaikea aliravitsemus sekä alle 14,5 luokitellaan vaikeaksi aliravitsemukseksi. Nuorten kohdalla kasvukäyrästä myös nähdään onko pituuskasvu keskeytynyt laihuushäiriön vuoksi. Potilaan ravitsemustilan arviointiin kuuluu myös selvittää painon laskun suhteellinen määrä ja nopeus. Mitä enemmän ja nopeammin potilas on laihtunut, sitä vakavampi tilanne on kyseessä. Huomattavan nopeana painon laskuna pidetään, kun paino on laskenut yli 0,5kg/viikko tai yli 5 % /kk. tai yli 10 % /3-6 kk. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:28.)

Syömishäiriöisten hoitoon osallistuvien on hyvä tunnistaa aliravitsemuksen merkit. Paksuuntuneet rystyset ja haavaumat esimerkiksi etu- ja keskisormessa voivat kertoa sormet kurkkuun työntämällä laukaistusta oksentelusta. Suupielten haavaumat kertovat epäspesifisti ravintoaineiden puutoksista, mutta myös mahdollisesta oksentelusta. Oksenteluun voi liittyä myös pistemäisiä verenpurkauksia kasvojen iholla tai sylkirauhasen turvotusta leukanivelten kohdalla. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:29.)

Kehon rasvapitoisuudesta voidaan myös arvioida ravitsemustilaa. Puberteetti-iässä kuukautisten alkamisen edellytyksenä on, että kehon rasvapitoisuus on 15- 17 %. Aikuisella naisella rasvapitoisuuden tulee olla vähintään 20- 22 % kun sen määrä normaalisti elimistöstä on n. 22- 30 %. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:29.)

Aliravitsemustilan aiheuttaman aineenvaihdunnan hidastuminen ja mahdollisen ulostuslääkkeiden käytön vuoksi suolen toiminta voi olla häiriintynyttä ja nuori voi kärsiä ummetuksesta. Jos nuori on käyttänyt runsaasti ulostuslääkkeitä, niistä vieroittaminen tulee tehdä asteittain ja wc-harjoitteluun tulee kiinnittää huomiota. Ravitsemuskuntoutuksen edistyessä nuori voi kärsiä myös ilmavaivoista ja epämiellyttävästä turvotuksen tunteesta. Pitkään jatkunut aliravitsemus voi aiheuttaa mahalaukun tyhjenemisen hi-

dastumista ja tämä saattaa aiheuttaa tahallista tai tahatonta oksentelua. (Korhonen, Pirinen, Rissanen & Salokoski, 2008:22.)

4.2 Fyysiset puutosoireet

Fyysisiä puutosoireita on lukuisia johtuen niukasta energian ja muiden ravintoaineiden saannista (LIITE2 Gisela van der Ster, 2006:80.)

FYYSISET PUUTOSOIREET

<p>energia</p> <p>väsymys huolestuneisuus univaikeudet varhainen herääminen kova vatsa vatsaongelmat huono verenkierto mielialanvaihtelut lihassmassan väheneminen ajatusten kiinnittyminen ruokaan</p>	<p>proteiini</p> <p>lihassmassan väheneminen turvonnut maha ripuli virtsanpidätysvaikeudet hiustenlähtö turvotus kasvun pysähtyminen</p>	<p>hiilihydraatit</p> <p>verensokerin lasku vapina,tärinä ahmimiskohtakset ketoaineiden muodostuminen masennus poissaoleva tunne serotoniinivaje</p>
<p>rauta</p> <p>paleleminen,kalpeus ummetus nopea kylläisyyden tunne kuukautishäiriöt</p> <p>hidas aineenvaihdunta keskittymisvaikeudet</p> <p>väsymys, ärtyneisyys levottomuus</p>	<p>suola</p> <p>huimaus, päänsärky pahoinvointi turvotus aterian aikana sekä sen jälkeen jatkuva virtsaamisen tarve, -myös yöllä lihasheikkous, puutumi- nen yöhikoilu taipumus pyörtyilyyn</p>	
<p>rasva</p> <p>heikentynyt makuaisti lisääntynyt infektioherkkyys haavojen heikko paranemi- nen pimeänäön heikkeneminen silmiä valoarkuus ja kirve- ly heikentyneet refleksit pakko-oireet</p>	<p>vitamiinit</p> <p>mustelmat nenäverenvuoto</p> <p>taipumus kompasteluun kömpelyys</p> <p>suupielten haavaumat kuiva ja hilseilevä iho näppyjä raajoissa</p>	

heikentynyt muisti

4.3 Alipainoisen potilaan ruokavalio

Syömishäiriöisen ruokavalin suunnittelussa noudatetaan täsmäsyömisin periaatteita. Täsmäsyömisin periaatteita ovat tasaiset ateriavälit, riittävä energiamäärä sekä ruokavalion monipuolisuus ja sallivuus. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:45.)

Syömishäiriöpotilaan ateriaväli on 3-4 tuntia. Potilaan kannattaa syödä kaikkia ruokia ravitsemuskuntoutuksen aikana, jotta hän saa luottamusta siihen, ettei paino nouse hallitsemattomasti, vaikka syö ns. kiellettyjä ruokia. Potilaalle voi myös realisoida painon nousun vaivalloisuutta kertomalla, että puolen kilon painon nousu viikossa edellyttää 500 kcal lisäystä siihen energian tarpeeseen, jonka elimistö tarvitsee kulloisessakin painossa. Painon lähestyessä normaalilukemia painon nostaminen on yhä työläämpää, koska aineenvaihdunta on vilkkaampaa kuin alipainossa, liikunta lisääntyy voimien palautuessa ja aikaisempaa korkeamman painon ylläpitämiseen kuluu entistä enemmän energiaa. Edelleen ruokavaliossa on oltava kuitenkin perustarpeen lisäksi ylimääräiset 500kcal, jotta painon nousu jatkuisi. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:52- 55.)

Siinä vaiheessa, kun potilas on oppinut noudattamaan täsmäsyömisin kahta ensimmäistä vaatimusta, ruokavalion säännöllisyyttä ja riittävyyttä, hän voi alkaa työstää ruokavalion monipuolisuutta ja sallivuutta ottamalla vähitellen mukaan myös kiellettyinä pitämiään ruoka-aineita. Osastohoidossa potilaan ruokavalioon kuuluu myös hänelle haasteellisia aineksia ja hän voi harjoitella niiden syömistä tuetusti, turvallisessa ympäristössä. Potilas voi tehdä listan kielletyistä ruuista ja vielä jaotella ne vaikeusasteen mukaan kolmeen tai neljään ryhmään. Harjoittelu aloitetaan helpoimmista ruoka-aineista. Potilaan kanssa tutkitaan hänen ajatuksiaan ja pelkojaan, jotka liittyvät listan kiellettyihin ruoka-aineisiin. Potilaalle annetaan asiallista tietoa ja väärinkäsitykset korjataan. Uskomukset ja pelot ovat yleensä olleet potilaalla pitkään ja hän on rakentanut ruokavalionsa niitä välttämällä, uskoen tekevänsä oikein. Siksi niiden käsittely vaatii useita keskusteluja ja kertausta. Varsinkin ahmimishäiriöistä kärsivät saattavat tuntea itsensä riippuvaisiksi herkuista, koska ahmivat niitä tahtomattaan. Potilaalle muistutetaan tällöin ahminnan johtuvan ravinnon puutteesta ja vääristä ruokiin liittyvistä säännöistä eikä vääristä ruuista. Riittävän ja tasaisen ruokailun myötä ruokahimot ja riippuvuuden tunne vähenevät. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:64- 65.)

Se ruokamäärä, jolla katetaan elimistön ravintoaineiden tarve (yleensä noin 1500kcal täysipainoista ruokaa) ei vielä riitä kattamaan myös energiantarvetta. Lisäenergia voidaan ottaa joko perusruokana, mutta yhtä hyvin herkuina. Aliravitun potilaan ruokavalioliossa herkut ovat erityisen perusteltuja juuri niiden energiapitoisuuden vuoksi, tällöin vältetään ylettömän suurilta annoksilta perusruokaa. Potilaat usein pelkäävät tottuvansa herkkuihin ja joutuvansa taas luopumaan niistä saavutettuaan tavoitepainon. Potilaalle kerrotaan herkkujen olevan jatkossakin tarpeen sekä syömisen että painonhallinnan kannalta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:67- 68.)

4.3.1 Ruokavalion energiataso

Laihuushäiriöstä kärsivän potilaan energiatasoa nostetaan asteittain, kunnes paino selvästi nousee. Bulimisella anorektikolla voidaan käyttää 1500-1800kcal/vrk. Potilaalle korostetaan tasaista ateriarytmiä. Energiämäärää nostetaan esimerkiksi ad 2000-2500kcal. Paastoavalle anorektikolle sopiva aloitusmäärä on 1000-1600kcal/vrk, johon totutellaan ensimmäisen viikon aikana. Energiämäärää nostetaan 200-500kcal kerralla. Kalorimäärä nostetaan pikkuhiljaa 2200-3500kcal/vrk asti. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:94.)

4.3.2 Ruokailu

Pääaterioiden kesto on yleensä 45minuuttia ja aamu- sekä iltapalojen kesto 30 minuuttia. Välipalan kesto on 15minuuttia. Työntekijä toimii normaalin tavallisen syömisen mallina. Hänen annoskokonsa saa olla pienempi kuin syömishäiriöstä kärsivän potilaan, sillä hänen ei tarvitse nostaa painoaan. Jos työntekijä itse laihduttaa se ei saa näkyä poikkeuksellisen niukkoina annoksina, kaiken rasvan välttämisenä tai keskustelussa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:200.) Normaaliin syömiseen kuuluvat ateriat muiden ihmisten seurassa. Syömishäiriöpotilaalle tilanteet voivat olla painajaismaisia, eikä hän kykene nauttimaan niistä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:68.) Ruokailutilanteissa hoitajan tehtävänä on tukea nuorta selviytymään tilanteesta tai auttaa sekä kannustaa nuorta yrittämään. Hoitajien rooli on auttaa ruuan annostelussa, tukea syömisessä sekä kannustaa nuorta kokeilemaan uusia ruokailuun liittyviä asioita. Kuosmasen tutkimuksessa kävi ilmi, että nuoret kokivat juttelun ruokailutilanteessa tärkeänä tilannetta helpottavana tekijänä. Nuoren kokevat usein hoitajan läsnäolon ruokailutilanteissa myös ahdistavana, sillä he saattavat kokea, että hoitaja kontrolloivat heidän ruokailuaan. (Kuosmanen. 2000:35.)

4.3.3 Nenä-mahaletku

Nenä-mahaletkun käytöstä nuorten anorektikkojen hoidossa on niukasti tutkittua tietoa. Nenä-mahaletkuun voidaan turvautua luonnollisen ravitsemuksen epäonnistuessa etenkin hoidon alkuvaiheen ääritilanteissa. Tällöin asiasta neuvotellaan etukäteen potilaan ja hänen perheensä kanssa. Yöaikaisesta nenä-mahaletkuhoidosta on positiivisia kokemuksia nuorilla anorektikoilla. Nenä-mahaletkuhoitoa on toteutettu onnistuneesti ja turvallisesti myös psykiatrisella osastolla. (Käypä hoito, 2009.)

4.4 Ylläpitoruokavalio

Kun syömishäiriöpotilas alkaa lähestyä tavoitepainoaan, aletaan hänelle hahmotella sopivaa ylläpitoruokavaliota, jolla hän saavuttaa viimeiset tarvittavat kilot ja säilyttää sen jälkeen painonsa vakaana. Ateriasuunnitelma muokataan sellaiseksi, ettei paino heilahtelee normaalia vaihtelua (1-3kg) enempää. Yleensä potilaan ovat yllättyneitä, miten paljon he saavat syödä ja toisaalta pelkäävät edelleen painonsa nousevan, vaikka painon lasku on todennäköisempää. Ihanteellista on, jos osastohoidossa oleva potilas voi jatkaa osastolla tai päiväosastolla oloa 1-3 viikon ajan voidakseen turvallisesti opetella syömään ja liikkumaan sopivasti ja tuntea hallitsevansa tilanteen terveellä tavalla. Syömishäiriöpotilaan toipuessa ateriasuunnitelman on tarkoitus jäädä vähitellen tarpeettomaksi. Potilaan varmuuden ja luottamuksen kasvaessa ateriasuunnitelma jää malliksi ja muistutukseksi, johon voi tarvittaessa palata. Onnistuneen ravitsemuskuntoutuksen jälkeen potilaan tulee noin puolen vuoden ajan jatkaa samalla ruokavaliolla, millä saavutti tavoitepainon. Kotiuttamisen jälkeen liikunta yleensä lisääntyy ja ruokavalio muuttuu, jolloin laihtumisen riski on suuri. Tässä vaiheessa potilas tarvitsee vielä tiivistä seurantaa ja tukea sairauden uusiutumisen ehkäisemiseksi. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola, 2005:53- 55.)

4.5 Ravitsemus kotiutuessa

Hyvään syömishäiriön hoitoon kuuluu, että sairastunut tekee ravitsemusterapeutin kanssa ennen kotiin paluuta hänelle sopivan yksilöllisen suunnitelman ruokavalion to-

teutuksesta kotiloissa. Energian tarve tavallisesti lisääntyy kotiloissa, koska arkiliik-
kumista on enemmän kuin sairaalassa ja voimia liikkua on enemmän kuin alipainoise-
na. Ruokavalinnat kotona ovat erilaisia kuin sairaalassa. Usein syömishäiriöinen her-
kästi palaa kevyttuotteisiin ynnä muihin vastaaviin, joita hän söi ennen sairaalaan me-
noa, ellei asiaan kiinnitetä huomiota. Osalla anoreksiaa sairastavista energiantarve on
vielä pitkään tavoitepainoon pääsemisen jälkeenkin poikkeuksellisen suuri. Käytännös-
sä anoreksiasta toipuvan tulee syödä edelleen isoja annoksia ja huolehtia riittävän ti-
heästä ateriaritmistä pelkästään painon ylläpitämiseksi. (Keski- Rahkonen, Charpen-
tier & Viljanen, 2008:64.)

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että kansioista tulee selkeä ja kattava kokonaisuus.
Haasteellista kansion tekemisessä oli se, että tietoa oli saatavilla runsaasti eri lähteistä.
Haasteellista oli myös löytää hoitotyön näkökulmasta aineistoa, sillä syömishäiriöiden
hoitotyöstä ei ole tehty paljoa tutkimuksia. Lisäksi eri paikoissa, joissa syömishäiriöitä
hoidetaan, hoitokäytännöt vaihtelevat myös jonkin verran. Syömishäiriöpotilaiden hoito
on ennen kaikkea moni ammatillista tiimityötä, siksi koin hyväksi perehtyä jokaisen
syömishäiriöisen nuoren hoitoon osallistuvan työnkuvaan. Mielestäni syömishäiriökansio
lisää tietoa moni ammatillisesta tiimityöstä. Henkilökohtaisena tavoitteenani oli
saada lisää tietoa syömishäiriöistä ja oppia hoitamaan niitä paremmin. Mielestäni olen
saanut kansion tekemisen myötä paljon arvokasta tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoi-
dosta. Koen, että opinnäytetyöstäni on paljon hyötyä tulevaisuudessa omassa työssäni
nuorisopsykiatrisella osastolla. Toivon myös, että muu osaston hoitohenkilökunta hyö-
tyy kansioista ja saa siitä tietoa ja välineitä omaan työhönsä.

Opinnäytetyö osasto P7:lle oli mielestäni hyödyllinen, sillä syömishäiriöpotilaiden hoi-
dosta osasto P7:llä ei ole vielä paljoa kokemusta. Näin ollen osaston omia käytäntöjä ei
ole ehtinyt muodostumaan ja työntekijät ovat joutuneet opettelemaan paljon uutta tietoa
ja olemaan oma-aloitteinen sen suhteen. Yhtenäinen kansio selkiyttää mielestäni syö-
mishäiriöisten nuorten hoitoa osastollamme ja näin varmistuu se, että syömishäiriöiset
nuoret saavat hyvää ja asiantuntevaa hoitoa osastollamme.

Kansion idea on se, että sitä voi täydentää ja kehittää jatkuvasti sitä mukaan, kun uutta tietoa, uutta materiaalia tai uusia hyväksi havaittuja käytäntöjä ilmenee. Jatkossa kansioon olisi hyvä päivittää myös syömishäiriöliittojen esitteitä ja tapahtumia ja jakaa tietoa myös syömishäiriöisen potilaan perheelle. Mielestäni opinnäytetyöni antaa laajasti sekä tietoa että välineitä syömishäiriöisten potilaiden hoitoon.

Syömishäiriöansiosta tuli selkeä ja kattava apuväline syömishäiriöisten nuorten hoitotyön tueksi. Selkeän jaottelun vuoksi uskon, että kansiota on helppo päivittää ja ylläpitää. Oma teoriaosuuteni on mielestäni monipuolinen ja kattava, ja näin ollen uskon sieltä löytyvän apua moniin ongelmiin ja kysymyksiin, joita syömishäiriöisten hoidossa saattaa esiintyä. Käsittelin laajasti syömishäiriötä sairautena, sen taustoja ja oireita. Avasin myös jokaisen syömishäiriöisen nuoren hoitoon osallistuvan työnkuvan mielestäni selkeästi. Hoitotyön näkökulmasta käsittelin aihetta myös laajasti, sekä hoitajan että nuoren näkökulmasta. Syömishäiriöisen ravitsemukseen perehdyin myös laajasti ja osiossa on mielestäni konkreettisia ohjeita ja käytäntöjä. Opinnäytetyön liitteistä toivon olevan apua syömishäiriöisten nuorten hoitotyössä. Liitteet on tallennettu myös osasto P 7:n tietokoneen tiedostoihin. Tämän uskon edesauttavan sitä, että taulukot tulevat käyttöön ja osaksi syömishäiriöisen nuoren hoitoa. Aihe oli ajankohtainen, ja syömishäiriökansiolle oli selkeä tarve osasto P 7:llä.

5.1 Pohdintaa omasta oppimisesta

Olen oppinut opinnäytetyöprosessista paljon ja siitä on ollut omaan työhöni myös paljon hyötyä. Opinnäytetyöprosessin aikana olen oivaltanut miten laajasti tietoa tarvitaan nuoruusiän kehitysvaiheesta, syömishäiriöistä sairautena, syömishäiriöisen ravitsemuksesta sekä syömishäiriöiden hoitotyöstä, jotta osataan hoitaa syömishäiriöistä nuorta ammattitaitoisesti ja hyvin. Olen myös oppinut kuinka tärkeää on, että jokaisella työntekijällä omassa työpaikassaan on oma vastuualue, josta hän vastaa ja jakaa tietoaan muille. Syömishäiriökansion avulla saan jakaa hyödyllistä tietoa syömishäiriöistä myös muille osaston työntekijöille. Uskon osaavani tulevaisuudessa hahmottaa syömishäiriöisen nuoren kokonaishoidon paremmin ja ohjata nuorta oikea-aikaisesti omassa paranemisprosessissaan.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan muiden tutkijoiden töille on annettava niille kuuluva arvo (Leino- Kilpi & Välimäki, 2003:288). Tästä syystä olen käyttänyt opinnäytetyössäni lähdeviittauksia aina, kun olen käyttänyt muiden teoksia oman työni lähteenä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tulosten julkistamisessa noudatetaan avoimuutta (Leino- Kilpi & Välimäki, 2003:288). Opinnäytetyöni on julkinen, ja näin ollen se on muiden luettavissa.

Olen tutustunut huolella teorian tietoon nuoruusiän kehitysvaiheesta, syömishäiriöistä sairautena, sairauden taustoista, oireista, seurauksista, syömishäiriöistä parantumisesta sekä syömishäiriöisen nuoren hoitotyöstä. Olen pyrkinyt myös löytämään mahdollisimman uutta ja ajankohtaista tietoa syömishäiriöistä sekä niiden hoidosta. Syömishäiriöistä kirjoittaessani tärkeänä lähtökohtana ovat olleet syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit, jotka esittelin myös työni alussa. Syömishäiriöisen nuoren hoitotyön osuus pohjautuu suurelta osin virallisesti Suomessa noudatettavaan käypähoitosuositukseen, jotka ovat päivitetty syömishäiriöisten nuorten hoidon osalta vuonna 2009. Työni pohjautuu pääosin uusimpaan teorian tietoon ja lääketieteellisiin teoksiin, mutta olen käyttänyt työssäni myös tutkimuksia liittyen syömishäiriöiden hoitoon.

5.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet

Jatkossa syömishäiriökansiota täytyy päivittää ajankohtaisella tiedolla sekä lisätä syömishäiriöisten nuorten hoitoon liittyvää materiaalia sitä mukaan, kun sitä löytyy. Syömishäiriöliittojen tiedotteita täytyy myös säännöllisesti päivittää, jotta kansiota löytyy esimerkiksi ajankohtaiset ryhmät ja tapahtumat, jotka olisi hyvä jakaa syömishäiriöiselle ja heidän perheelleen. Tulevaisuudessa kansioon voisi liittää osion lihavuuden hoidosta, ja kerätä siihen liittyvää materiaalia. Syömishäiriökansion päivittäminen on minun vastuullani niin kauan, kun työskentelen osasto P 7:llä.

LÄHTEET

Charpentier, P. toim. 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Kirjapaino Oma.

Etelä-Suomen syömishäiriöperheet ry – voimaa.net. <<http://www.voimaa.net/>>. [Viitattu 1.10.2009]

Gisela van der Ster. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita prima Oy.

Halek, C. 1997. Anorexia Nervosa. Nursing Standart 12 (12).

Huttunen, M. 2001. Aikakausikirja Duodecim 117(8):861- 862

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen R., toim. 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Korhonen, H., Pirinen, S., Rissanen, K. & Salokoski, T. 2008. Anoreksia ja bulimia nuorten hoitotyössä –opas. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja C-13. Vantaa: Edita Prima Oy.

Kunes-Connell, M. 1991. Client With Eating Disorder. Teoksessa McFarland, G. & Durand Thomas, M. (toim.) Psychiatric Mental Health Nursing. Application of the Nursing Process. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Kuosmanen, P. 2000. Anorexia nervosa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Haastattelututkimus nuorten kokemuksista. Opinnäytetutkielma. Hoitotieteen laitos: Kuopion yliopisto

Käypä hoito 20.8.2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt.. Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriayhdistyksen asettama työryhmä.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=syömishäiriö>. [Viitattu 1.10.2009]

Käypä hoito-toimitus. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt- käypä hoitosuosituksen tiivistelmä. Aikakausikirja Duodecim.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=syömishäiriö>. [Viitattu 1.10.2009]

Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2004. toim. Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Latvala, E.1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 90. Akateeminen väitöskirja.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Metsärinne, U. 2009. Syömishäiriöisen potilaan hoito. Duodecim.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sy%F6mish%E4iri%F6>. [Viitattu 1.10.2009]

Montin-Toiva, K. Ulfäsa U 26 (Konsultoitu sähköpostin välityksellä huhtikuussa 2009.)

Muscari, M. 1988. Effective Nursing Strategies for Adolescents with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Pediatric Nursing 14 (6).

Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki: Hakapaino Oy.

Raevuori, A. 2009. Male eating disorders and related traits: Genetic epidemiological study in Finnish twins. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-4857-9>>. [Viitattu 2.11.2009]

Riihonen, E. 1998. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Ahola, M., 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Duodecim. Helsinki: Yliopistopaino.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry. <<http://www.syomishairioliitto.fi/>>. [Viitattu 1.10.2009]

LIITE1

[illegible]

Nimi:

Pituus:

Välitavoite:

Avohoitoon siirtymisen raja BMI 17,5:

**FYYSISET
PUUTOSOIREEET**

energia

väsymys
huolestuneisuus
univaikeudet
varhainen herääminen
kova vatsa
vatsaongelmat
huono verenkierto
mielialanvaihtelut
lihassmassan väheneminen
ajatusten kiinnittyminen
ruokaan

proteiini

lihassmassan väheneminen
turvonnut maha
ripuli
virtsanpidätysvaikeudet
hiustenlähtö
turvotus
kasvun pysähtyminen

hiilihydraatit

verensokerin lasku
vapina,tärinä
ahmimiskohtakset
ketoaineiden
muodostuminen
masennus
poissaoleva tunne
serotoniinivaje

rauta

paleleminen,kalpeus
ummetus
nopea kylläisyyden tunne
kuukautishäiriöt
hidas aineenvaihdunta
keskittymisvaikeudet
väsymys, ärtyneisyys
levottomuus

suola

huimaus, päänsärky
pahoinvointi
turvotus aterian aikana
sekä sen jälkeen
jatkuva virtsaamisen tarve,
-myös yöllä
lihassheikkous, puutuminen
yöhikoilu
taipumus pyörtyilyyn

rasva

heikentynyt makuaisti
lisääntynyt infektioherkkyys
haavojen heikko paranemi-
nen
pimeänäön heikkeneminen
silmien valoarkuus ja kirvely
heikentyneet refleksit
pakko-oireet
heikentynyt muisti

vitamiinit

mustelmat
nenäverenvuoto
taipumus kompasteluun
kömpelyys
suupielten haavaumat
kuiva ja hilseilevä iho
näppyjä raajoissa